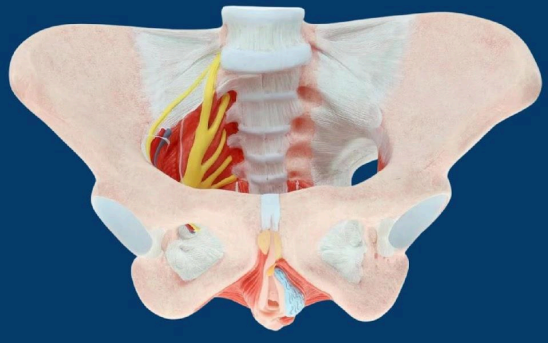
MINH HƯNG

NEWS UPDATE

SÀN CHẬU HỌC CƠ BẢN

ĐỊNH NGHĨA & KHÁI NIỆM



nguyendonghung

Bác sĩ Nguyễn Đông Hưng

SÀN CHẬU HỌC CƠ BẢN
ĐỊNH NGHĨA & KHÁI NIỆM

LỜI NÓI ĐẦU – PREFACE

Trong nhiều năm thực hành lâm sàng và giảng dạy, chúng tôi nhận ra một thực tế: sức khỏe sàn chậu ảnh hưởng sâu rộng đến chất lượng sống nhưng lại thường bị xem nhẹ, nói nhỏ hoặc bỏ qua. Những câu chuyện về ho là són, đau khi quan hệ, táo bón kéo dài, cảm giác nặng vùng chậu, hay nỗi lo "không dám chạy nhảy" vì sợ rò rỉ… xuất hiện ở mọi độ tuổi, mọi giới. Khi được lắng nghe và can thiệp đúng, đa số người bệnh cải thiện rõ rệt. Cuốn sách "Sàn chậu học cơ bản – Định nghĩa & Khái niệm" ra đời để đặt một nền tảng học thuật – thực hành vững chắc cho những ai quan tâm đến lĩnh vực còn khiêm tốn tài liệu
tiếng Việt này.

Vì sao cần một cuốn sách nền tảng?

Sàn chậu học (pelvic floor health) là giao điểm của giải phẫu, sinh lý, cơ sinh học, thần kinh học, sản – phụ – tiết niệu – tiêu hóa, phục hồi chức năng và cả khoa học hành vi. Tài liệu hiện có thường rời rạc theo chuyên khoa, trong khi người học và người hành nghề cần một bức tranh toàn thể: cấu trúc – chức năng – bệnh lý – đánh giá – can thiệp – theo dõi – đạo đức. Cuốn sách này cố gắng hệ thống hóa kiến thức theo dòng chảy lâm sàng: từ nền tảng khoa học đến quyết định điều trị thực tế, có minh họa, bảng kiểm (checklist), biểu mẫu và ca
lâm sàng ngắn gọn.

Cuốn sách này dành cho ai?

- Sinh viên các ngành Y, Điều dưỡng, Hộ sinh, Vật lý trị liệu/PHCN muốn có nền tảng chắc chắn, thuật ngữ chuẩn và định hướng học tập.
- Người hành nghề (bác sĩ, điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên phục hồi chức năng, huấn luyện viên thể thao, nhân viên sức khỏe cộng đồng) cần tài liệu thực dụng, dựa trên chứng cứ, dễ tra cứu.

- Nhà quản lý – giáo dục y khoa tìm kiếm khung chương trình, chuẩn đầu ra, tiêu chí an toàn và đạo đức để xây dựng mô – đun đào tạo.

Mục tiêu và triết lý biên soạn

Chúng tôi chọn cách tiếp cận evidence – informed: dựa vào các hướng dẫn và bằng chứng chất lượng, đồng thời thừa nhận bối cảnh nguồn lực, văn hóa và hệ thống y tế tại Việt Nam. Triết lý của sách là:

- Lấy người bệnh làm trung tâm: tôn trọng mục tiêu, giá trị, sự đa dạng về giới, tuổi, nghề nghiệp và văn hóa; giao tiếp nhạy cảm; đồng thuận
  rõ ràng.
- An toàn trước – hiệu quả bền vững: nhận diện cờ đỏ; chỉ định – chống chỉ định; tiến triển can thiệp theo nguyên tắc tải và phục hồi mô; theo dõi kết quả bằng thang đo tin cậy.
- Liên ngành & hợp tác: xem sàn chậu học như một đường dẫn chăm sóc (care pathway) kết nối Sản – Phụ – Tiết niệu – Tiêu hóa – Đau mạn – PHCN – Sức khỏe tâm thần – Dinh dưỡng.
- Thực hành có thể làm được ngay: mỗi chương có mục tiêu, điểm nhớ, lỗi thường gặp – cách khắc phục, case pearl, và biểu mẫu/worksheet
  đi kèm.

Cách sử dụng cuốn sách

- Phần I – Nền tảng: cung cấp ngôn ngữ chung và khối kiến thức lõi (giải phẫu phân lớp, sinh lý & cơ sinh học, chi phối thần kinh – mạch máu, sinh học mô liên kết, khác biệt qua vòng đời). Người học mới nên đọc tuần tự.
- Phần II – Đánh giá: hướng dẫn khai thác bệnh sử, khám lâm sàng sàn chậu có đồng thuận, lựa chọn công cụ đo khách quan (sEMG, manometry, siêu âm tầng sinh môn, POP – Q), và khung chẩn đoán – phân loại. Đây là phần "xương sống" để ra quyết định.

- Phần III – Can thiệp: trình bày giáo dục – hành vi – lối sống, PFMT có cấu trúc, biofeedback, kích thích điện, liệu pháp tay, dụng cụ hỗ trợ và kế hoạch điều trị theo hội chứng (SUI, UUI/OAB, POP nhẹ, đau mạn, táo bón chức năng, các vấn đề ở nam giới). Phần này nhấn mạnh nguyên tắc tiến triển và theo dõi kết quả.
- Phần IV – Bối cảnh đặc thù & Đạo đức: đề cập các quần thể và tình huống đặc thù, đường dẫn chăm sóc liên ngành, tiêu chí chuyển tuyến, chăm sóc dựa trên sang chấn (trauma – informed), quyền riêng tư dữ liệu, và ranh giới hành nghề.

Mỗi chương bắt đầu bằng mục tiêu học tập, kết thúc bằng điểm nhớ và câu hỏi tự ôn. Các hộp lâm sàng minh họa quyết định thực hành. Các biểu mẫu (ICIQ – UI SF, ICIQ – OAB, UDI – 6, IIQ – 7, PFDI – 20, PFIQ – 7, nhật ký bàng quang/ruột, POP – Q worksheet, mẫu SOAP, bảng mục tiêu SMART) được bố trí ở phụ lục và có thể photo/in ấn để sử dụng. Một số nội dung có QR dẫn tới video minh họa bài tập cơ bản.

Ngôn ngữ, thuật ngữ và cách trình bày

Chúng tôi giữ thuật ngữ Việt – Anh song hành ở các khái niệm cốt lõi nhằm tạo thuận lợi khi đọc tài liệu quốc tế và tham gia các khóa đào tạo. Khi có khác biệt thuật ngữ, chúng tôi ưu tiên cách dịch dễ hiểu – chuẩn xác – nhất quán và có ghi chú. Hình vẽ và minh họa được thiết kế trung tính văn hóa, tập trung vào cấu trúc – cơ chế – kỹ thuật, tránh chi tiết không cần thiết.

Các sơ đồ "Đánh giá → Quyết định → Can thiệp → Theo dõi" giúp người đọc nhanh chóng định vị vị trí của mình trong tiến trình chăm sóc. Mã ký hiệu nhẹ nhàng, cùng biểu tượng cảnh báo An toàn/Cờ đỏ/Chống chỉ định giúp hạn chế lỗi thường gặp.

An toàn, đạo đức và quyền riêng tư

Khám sàn chậu – đặc biệt là khám nội qua âm đạo/hậu môn – đòi hỏi đồng thuận tự nguyện, đầy đủ thông tin, tôn trọng quyền dừng bất cứ lúc nào, và cân nhắc sự hiện diện của người thứ ba (chaperone) trong một số tình huống.

Dữ liệu sức khỏe phải được bảo mật, chỉ dùng cho mục đích chăm sóc và đào tạo đúng thẩm quyền. Cuốn sách nhấn mạnh chăm sóc dựa trên sang chấn (trauma – informed care), tránh tái kích hoạt trải nghiệm khó chịu, và khuyến khích sử dụng ngôn ngữ không phán xét, bao hàm.

Từ phòng khám đến cộng đồng

Sức khỏe sàn chậu không chỉ thuộc về bệnh viện hay phòng khám; đó còn là giáo dục sức khỏe cộng đồng, môi trường làm việc thân thiện, cơ sở vật chất thể thao phù hợp, và những cuộc trò chuyện cởi mở giảm kỳ thị. Một cộng đồng biết tôn trọng cơ thể, khuyến khích vận động, ăn uống lành mạnh, kiểm soát cân nặng, ngủ đủ và quản lý căng thẳng… sẽ giúp giảm gánh nặng rối loạn sàn chậu. Chúng tôi hy vọng cuốn sách góp một phần nhỏ vào thay đổi ấy.

Lời cảm ơn

Chúng tôi tri ân người bệnh và gia đình – những người đã tin tưởng, kiên nhẫn đồng hành, chia sẻ câu chuyện và phản hồi chân thành để thực hành của chúng tôi trở nên tốt hơn mỗi ngày. Xin cảm ơn đồng nghiệp liên ngành ở các chuyên khoa Sản – Phụ, Tiết niệu, Tiêu hóa, Gây mê – Giảm đau, Phục hồi chức năng, Sức khỏe tâm thần, Dinh dưỡng, Điều dưỡng, Hộ sinh, cùng các huấn luyện viên – nhà vật lý trị liệu đã cộng tác, phản biện và đóng góp chuyên môn trong quá trình biên soạn.

Chúng tôi biết ơn các thầy cô và tổ chức đào tạo đã truyền cảm hứng, cung cấp nền tảng học thuật và khuyến khích tiếp cận dựa trên chứng cứ. Xin cảm ơn nhóm minh họa – biên tập – pháp chế đã giúp hoàn thiện bản thảo, bảo đảm tính rõ ràng, dễ đọc, tôn trọng bản quyền và chuẩn mực đạo đức xuất bản. Sau cùng, xin gửi lời cảm ơn tới gia đình và bạn bè – chỗ dựa tinh thần vô điều kiện trong suốt hành trình.

Kỳ vọng của chúng tôi

Nếu cuốn sách giúp người học tự tin hơn khi hỏi – khám – giáo dục – can thiệp, giúp người hành nghề ra quyết định an toàn hơn, giúp người bệnh hiểu

và chủ động với sức khỏe của chính mình, thì nỗ lực của chúng tôi đã có ý nghĩa. Chúng tôi mong nhận được góp ý từ độc giả để các lần tái bản sau ngày càng hoàn thiện. Mọi ý kiến xây dựng đều đáng trân trọng.

Thay mặt nhóm biên soạn

Bác sĩ Nguyễn Đông Hưng & Cộng sự

LỜI CẢM ƠN – ACKNOWLEDGMENTS

Chúng tôi xin bày tỏ lòng biết ơn tới những cá nhân và tập thể đã đồng hành trong quá trình hình thành và hoàn thiện cuốn Sàn chậu học cơ bản – Định nghĩa & Khái niệm. Sự hỗ trợ, phản biện và khích lệ của mọi người là nền tảng giúp bản thảo trở nên thực tiễn, rõ ràng và an toàn hơn cho người học lẫn người
hành nghề.

Người bệnh và gia đình. Xin tri ân những người đã tin tưởng cho phép quan sát, thảo luận ca bệnh, sử dụng mô tả lâm sàng ẩn danh và chia sẻ trải nghiệm cá nhân. Những câu chuyện thật, phản hồi về chất lượng sống, khó khăn trong điều trị và mong đợi của các bạn giúp chúng tôi nhìn thấy điều quan trọng nhất: chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm.

Thầy cô và cố vấn chuyên môn. Chúng tôi biết ơn các nhà giáo và nhà lâm sàng đã đặt nền móng kiến thức giải phẫu – sinh lý – cơ sinh học, gợi mở tư duy phản biện, nhấn mạnh "an toàn trước – hiệu quả bền vững", và không ngừng nhắc nhở chúng tôi tôn trọng bằng chứng cũng như hoàn cảnh thực tế của
hệ thống y tế.

Đồng nghiệp liên ngành. Xin cảm ơn các bác sĩ Sản – Phụ – Tiết niệu – Tiêu hóa, bác sĩ Gây mê – Giảm đau, bác sĩ Y học gia đình, các chuyên gia

Phục hồi chức năng, Vật lý trị liệu, Điều dưỡng, Hộ sinh, Nhà tâm lý, Dinh dưỡng lâm sàng, Huấn luyện viên thể thao… Sự phối hợp liên ngành và các buổi hội chẩn, phản biện ca bệnh là chất liệu trực tiếp cho các sơ đồ quyết định, bảng kiểm và khuyến nghị thực hành trong sách.

Đơn vị đào tạo và cơ sở lâm sàng. Chúng tôi trân trọng cảm ơn các trường, khoa, bộ môn, trung tâm mô phỏng, bệnh viện và phòng khám đã tạo điều kiện cho giảng dạy, thực tập, thu thập tư liệu minh họa (theo đúng quy định đạo đức), và thử nghiệm các mô – đun bài giảng.

Ban phản biện bản thảo. Xin tri ân những người đã đọc kỹ, chỉ ra chỗ thiếu nhất quán thuật ngữ, đề nghị bổ sung bằng chứng, chỉnh sửa hình minh họa, và nhắc chúng tôi làm rõ phạm vi áp dụng – chống chỉ định. Mọi sai sót còn lại hoàn toàn thuộc về nhóm biên soạn.

Nhóm minh họa – biên tập – pháp chế. Cảm ơn đội ngũ họa sĩ y khoa, kỹ thuật dàn trang, biên tập ngôn ngữ và pháp chế – bản quyền đã đảm bảo chuẩn mực học thuật, tính dễ đọc, tính bao hàm văn hóa và sự tuân thủ các nguyên tắc đạo đức, sử dụng hình ảnh. Những biểu tượng cảnh báo an toàn, cờ đỏ, chống chỉ định và các worksheet in sẵn không thể hoàn thiện nếu thiếu sự tỉ mỉ của
các bạn.

Các hội/hiệp hội chuyên môn và nguồn tư liệu học thuật. Chúng tôi cảm ơn các hướng dẫn và tổng quan hệ thống, các cơ sở dữ liệu học thuật đã cung cấp bằng chứng cập nhật để xây dựng khuyến nghị thực hành. Việc trích dẫn được thực hiện theo chuẩn, với nỗ lực tôn trọng bản quyền và ghi công đầy đủ.

Cộng đồng dịch thuật – thuật ngữ. Xin cảm ơn những đồng nghiệp đã góp ý cho bảng thuật ngữ Anh – Việt, giúp đạt được sự nhất quán giữa tính chính xác học thuật và tính dễ hiểu trong bối cảnh Việt Nam.

Độc giả thử nghiệm. Cảm ơn các học viên, sinh viên và đồng nghiệp đã tham gia đọc thử, điền phản hồi về cấu trúc chương, mức độ dễ hiểu, tính khả

thi của bài tập và bảng kiểm. Những góp ý cụ thể về ví dụ, hình ảnh và cách trình bày đã được chúng tôi tiếp thu tối đa trong phạm vi cho phép.

Gia đình và bạn bè. Sau cùng, chúng tôi biết ơn gia đình và bạn bè – những người đã chia sẻ thời gian, động viên khi tiến độ gấp gáp, và nhắc chúng tôi giữ cân bằng giữa công việc – học thuật – đời sống.

Nếu vô tình còn thiếu sót trong việc ghi nhận, xin nhận ở đây lời cảm ơn chân thành của chúng tôi. Sự đồng hành của các bạn không chỉ làm nên cuốn sách này, mà còn góp phần thúc đẩy một môi trường chăm sóc sàn chậu nhân văn, dựa trên chứng cứ và tôn trọng phẩm giá của mỗi người.

CÁCH SỬ DỤNG SÁCH & KÝ HIỆU – HOW TO USE THIS BOOK & CONVENTIONS

1. Đối tượng & đường đọc gợi ý – Audience & suggested learning paths

- Người mới bắt đầu (sinh viên/HLV): đọc tuần tự Phần I → Ch.6 – 9 (đánh giá) → Ch.11 (PFMT) → quay lại các chương can thiệp khác.
- Nhà lâm sàng bận rộn: xem nhanh Mục tiêu & Điểm nhớ ở đầu/cuối mỗi chương; dùng bảng kiểm và worksheet ở phụ lục; tra cứu POP – Q, Oxford, PERFECT khi cần.
- Giảng viên/điều phối khóa học: dùng Khung mục tiêu học tập đầu chương, case pearl, câu hỏi ôn; kết hợp QR dẫn video.

2. Cấu trúc mỗi chương – Chapter anatomy

Mỗi chương có: Mục tiêu học tập → Nội dung chính → Hộp lâm sàng/ Case pearl → Lỗi thường gặp & khắc phục → Điểm nhớ → Câu hỏi ôn tập → Tài liệu tham khảo chọn lọc. Các quy trình lâm sàng minh họa bằng sơ đồ Đánh giá → Quyết định → Can thiệp → Theo dõi.

3. Hộp nội dung & biểu tượng – Boxes & icons legend

AN TOÀN – Safety note: mẹo bảo đảm an toàn, chuẩn bị dụng cụ, vệ sinh tay, bảo hộ.

CỜ ĐỎ – Red flag: dấu hiệu cần chuyển tuyến/khám gấp (ví dụ: bí tiểu cấp, chảy máu bất thường, sốt/đau cấp, dấu thần kinh đuôi ngựa…).

CCĐ – Contraindication: chống chỉ định tuyệt đối/tương đối cho kỹ thuật.

EVIDENCE – Chứng cứ: tóm tắt mức chứng cứ/khuyến nghị (tham chiếu hệ thống GRADE/ICS khi có).

TIP – Mẹo thực hành: gợi ý giao tiếp, cueing, tiến triển bài tập.

HECKLIST – Bảng kiểm: các bước thao tác/nguyên tắc an toàn.

ORKSHEET – Mẫu biểu: nhật ký bàng quang/ruột, mục tiêu SMART, POP – Q, SOAP… (in ở phụ lục).

QR – Tư liệu số: liên kết video minh họa/phiên bản in.

4. Thuật ngữ & song ngữ – Terminology & bilingual use

- Thuật ngữ Việt – Anh xuất hiện lần đầu ở mỗi khái niệm. Ví dụ: *cơ nâng hậu môn (levator ani)*; *cơ mu – trực tràng (puborectalis)*.
- Ưu tiên chuẩn ICS cho thuật ngữ tiết niệu – sàn chậu; khi có nhiều cách dịch, chọn phương án dễ hiểu – nhất quán và ghi chú.
- Ngôn ngữ bao hàm và nhạy cảm văn hóa/giới; tránh định kiến.

5. Viết tắt – Abbreviation policy

- Lần đầu xuất hiện: thuật ngữ đầy đủ (viết tắt/English); về sau dùng viết tắt.
- Danh sách đầy đủ ở mục Danh mục viết tắt – Abbreviations ngay sau phần này.

6. Đo lường & đơn vị – Measurements & units

- Áp lực: cmH_2O hoặc mmHg (ghi đơn vị rõ ràng; không đổi đơn vị khi so sánh).
- Kích thước/độ sâu: cm, mm.
- Thời gian: giây (s), phút (min), giờ (h).
- Âm lượng/khối lượng: mL, g.
- Điểm số thang đo: nêu thang và ngưỡng cắt nếu có (ví dụ: ICIQ – UI SF, PFDI – 20…).
- Số thập phân: dùng dấu chấm (ví dụ: 2.5 cm) để thống nhất với tài liệu quốc tế.

7. Quy ước mô tả khám – Examination notation

- Tư thế: nằm ngửa (supine), nghiêng (side – lying), đứng (standing), quỳ bốn điểm (quadruped).
- Sờ nắn "mặt đồng hồ": quy ước 12 – 6h theo hướng trước→sau; ghi điểm đau/căng theo giờ.
- Thang Oxford 0 – 5 và PERFECT (Power – Endurance – Repetitions – Fast – Every Contraction Timed) dùng cho cơ sàn chậu.
- POP – Q: ghi đầy đủ mốc Aa, Ba, C, D, Ap, Bp, gh, pb, tvl và giai đoạn.
- Siêu âm tầng sinh môn: báo cáo mặt cắt, mốc đo, Valsalva/ho, khoảng di động niệu đạo, khe sinh môn.
- sEMG/manometry: nêu tư thế, điện cực/đầu dò, lọc, ngưỡng, protokol.

8. Quy tắc đạo đức & an toàn – Ethics & safety

- Đồng thuận rõ ràng trước mọi khám nội qua âm đạo/hậu môn; giải thích mục tiêu, lợi ích – nguy cơ; quyền từ chối/dừng bất cứ lúc nào; cân nhắc chaperone.
- Tôn trọng riêng tư & bảo mật dữ liệu.
- Tuân thủ phạm vi hành nghề; chuyển tuyến khi vượt thẩm quyền hoặc xuất hiện cờ đỏ.

9. Sử dụng biểu mẫu & QR – Using worksheets & QR

- Bản in trắng ở phụ lục; có thể photo để sử dụng lâm sàng.
- QR dẫn tới video/bản tải về; kiểm tra hạn dùng liên kết.

10. Tài liệu tham khảo – References

- Trích dẫn chọn lọc theo năm gần nhất khi có; khuyến khích truy cập bản gốc của hướng dẫn/tổng quan hệ thống.

DANH MỤC VIẾT TẮT – ABBREVIATIONS

Lưu ý: Mỗi viết tắt được liệt kê kèm thuật ngữ Việt – Anh (khi thích hợp).

Viết tắt	Thuật ngữ tiếng Việt	English term
PFM	Cơ sàn chậu	Pelvic Floor Muscles
PFMT	Tập cơ sàn chậu	Pelvic Floor Muscle Training
PFD	Rối loạn sàn chậu	Pelvic Floor Disorders
POP	Sa tạng chậu	Pelvic Organ Prolapse
POP – Q	Hệ định lượng sa tạng chậu	Pelvic Organ Prolapse Quantification
SUI	Tiểu không kiểm soát do gắng sức	Stress Urinary Incontinence
UUI	Tiểu không kiểm soát do thôi thúc	Urge Urinary Incontinence
MUI	Tiểu không kiểm soát hỗn hợp	Mixed Urinary Incontinence
OAB	Bàng quang tăng hoạt	Overactive Bladder
LUTS	Triệu chứng đường tiểu dưới	Lower Urinary Tract Symptoms
ICS	Hội Tiết niệu học Quốc tế	International Continence Society
ICIQ – UI SF	Bảng câu hỏi són tiểu ngắn	International Consultation on Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence Short Form

Viết tắt	Thuật ngữ tiếng Việt	English term
ICIQ – OAB	Bảng câu hỏi bàng quang tăng hoạt	International Consultation on Incontinence Questionnaire – Overactive Bladder
UDI – 6	Chỉ số rối loạn đường tiểu 6 câu	Urogenital Distress Inventory – 6
IIQ – 7	Chỉ số ảnh hưởng tiểu tiện 7 câu	Incontinence Impact Questionnaire – 7
PFDI – 20	Chỉ số rối loạn sàn chậu 20 câu	Pelvic Floor Distress Inventory – 20
PFIQ – 7	Chỉ số ảnh hưởng rối loạn sàn chậu 7 lĩnh vực	Pelvic Floor Impact Questionnaire – 7
QoL	Chất lượng sống	Quality of Life
PROMs	Thang đo kết quả do người bệnh tự báo cáo	Patient – Reported Outcome Measures
sEMG	Điện cơ bề mặt	Surface Electromyography
EMG	Điện cơ	Electromyography
NMES	Kích thích điện thần kinh – cơ	Neuromuscular Electrical Stimulation
TENS	Kích thích điện qua da	Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation
US	Siêu âm	Ultrasound
MRI	Cộng hưởng từ	Magnetic Resonance Imaging
CT	Cắt lớp vi tính	Computed Tomography

Viết tắt	Thuật ngữ tiếng Việt	English term
DRA	Tách cơ thẳng bụng	Diastasis Recti Abdominis
CPP	Đau vùng chậu mạn	Chronic Pelvic Pain
ATLA	Cung gân cơ nâng hậu môn	Arcus Tendineus Levator Ani
LA	Cơ nâng hậu môn	Levator Ani
PR	Cơ mu – trực tràng	Puborectalis
PC	Cơ mu – cụt	Pubococcygeus
IC (iliococcygeus)	Cơ chậu – cụt	Iliococcygeus
OI	Cơ bịt trong	Obturator Internus
PN	Thần kinh thẹn	Pudendal Nerve
IAS/EAS	Cơ thắt trong/ngoài hậu môn	Internal/External Anal Sphincter
EUS	Cơ thắt niệu đạo ngoài	External Urethral Sphincter
BT	Nhật ký bàng quang (3 ngày)	Bladder Diary (3 – day)
FVC	Biểu đồ tần suất – thể tích	Frequency – Volume Chart
GH/PB/TVL	Khe sinh môn/Thân đáy chậu/Chiều dài âm đạo	Genital Hiatus/Perineal Body/Total Vaginal Length
RR/OR/CI	Nguy cơ tương đối/Tỷ suất	Relative Risk/Odds Ratio/Confidence Interval

Viết tắt	Thuật ngữ tiếng Việt	English term
	chênh/Khoảng tin cậy	
RCT	Thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng	Randomized Controlled Trial
SR/MA	Tổng quan hệ thống/Phân tích gộp	Systematic Review/Meta – analysis
GRADE	Mức độ chắc chắn chứng cứ & độ mạnh khuyến nghị	Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations
BMI	Chỉ số khối cơ thể	Body Mass Index
COPD	Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
IAP	Áp lực ổ bụng	Intra – Abdominal Pressure
RTUS	Siêu âm thời gian thực	Real – Time Ultrasound

Gợi ý: Nếu đơn vị/viết tắt không có trong bảng, tra cứu cuối chương hoặc phần chỉ mục.

PHẦN I NỀN TẢNG – FOUNDATIONS

Lời mở đầu

Phần I đặt nền móng chung – ngôn ngữ, mô hình tư duy và bản đồ giải phẫu – sinh lý – cơ sinh học – để mọi quyết định lâm sàng về sàn chậu trở nên nhất quán và an toàn. Thay vì mô tả rời rạc, phần này trình bày tầng lớp cấu trúc (lớp nông → lớp sâu), cơ chế kiểm soát áp lực – tải, chi phối thần kinh – mạch máu, sinh học mô liên kết và khác biệt theo vòng đời/giới.

Mục tiêu học tập của Phần I

Sau khi hoàn thành Phần I, người đọc có thể:

- Vẽ/nhận diện được các lớp cơ – mạc – dây chằng chủ chốt của sàn chậu trên hình/siêu âm.
- Giải thích cơ chế kiểm soát tiểu/đại tiện dựa trên tương tác cơ hoành – thành bụng – sàn chậu (IAP).
- Trình bày đường đi và vùng chi phối của thần kinh thẹn cùng cấu trúc mạch máu liên quan.
- Mô tả tính chất collagen – elastin và thích nghi tải của mô trong thai kỳ, mãn kinh, tuổi già.
- Nhận biết dị biệt giải phẫu – giới tính và hàm ý lâm sàng cơ bản.

Cách học gợi ý

- Bắt đầu với bản đồ phân lớp (Ch.1) rồi đọc cơ chế IAP và phối hợp cơ hoành – TrA – PFM ở Ch.2.
- Dùng hộp mốc giải phẫu/siêu âm để tự kiểm tra sau mỗi tiểu mục.
- Ghi chú mốc bám – hướng sợi – chức năng theo sơ đồ "lực – đòn bẩy – cổng áp lực".
- Luôn đối chiếu với cờ đỏ và quy tắc an toàn khi áp dụng vào thăm khám.
- Gợi ý an toàn: Mọi thực hành liên quan khám nội âm đạo/hậu môn cần đồng thuận rõ ràng, quyền dừng, và cân nhắc chaperone khi thích hợp.

Chương 1 Giải phẫu sàn chậu – Pelvic floor anatomy

Giải phẫu là "la bàn" cho toàn bộ sàn chậu học. Sai một mốc, lạc cả quy trình: từ đặt tay khi sờ nắn, định hướng đầu dò siêu âm, đọc kết quả POP – Q, cho tới quyết định tập luyện hay chuyển tuyến. Chương 1 vì vậy được thiết kế theo mô hình phân lớp, đi từ lớp nông (cơ hành hang, ngồi hang, ngang nông) đến lớp sâu (levator ani & cơ cụt), rồi hệ cân – mạc – cung gân tạo khung nâng đỡ, thể đáy chậu như nút trung tâm, và cuối cùng là liên hệ hông – cột sống để hiểu cơ chế truyền tải lực. Một hộp kiến thức mốc siêu âm tầng sinh môn kết thúc chương, giúp bạn chuyển hóa kiến thức giải phẫu trên giấy thành năng lực nhận diện trên hình ảnh.

Mục tiêu học tập của Chương 1

Sau khi học xong, người đọc có thể:

- Phác thảo cấu trúc tam giác niệu – sinh dục và tam giác hậu môn, chỉ ra các cơ nông và màng đáy chậu tương ứng.
- Phân biệt các phần của levator ani (puborectalis, pubococcygeus, iliococcygeus) và cơ cụt, cùng điểm bám – hướng sợi – chức năng.
- Xác định ATLA/ATFP và mạc nội chậu, hiểu vai trò nâng đỡ trong POP.
- Xác định thể đáy chậu và các mốc bề mặt có giá trị lâm sàng.
- Mô tả liên kết lumbopelvic và hàm ý đối với ổn định thân – IAP.
- Đặt đầu dò và nhận diện mốc siêu âm tầng sinh môn cơ bản.

Phạm vi & quy ước trình bày

- Thuật ngữ Việt – Anh đặt song song ở lần xuất hiện đầu tiên (ví dụ: *cơ mu – trực tràng – puborectalis*).
- Hình trong chương được đặt theo thứ tự từ bề mặt → sâu, và từ mô mềm → mạc – dây chằng, song hành với các bảng mốc để dễ tra cứu.
- Khi mô tả khác biệt giới, ưu tiên mốc chức năng – lâm sàng (ví dụ: hỗ trợ cổ bàng quang ở nữ; đường đi nhánh thần kinh thẹn ở nam).

- Các biến thể giải phẫu được ghi chú khi có ý nghĩa lâm sàng.

1.1 Tổng quan phân lớp – *Layered overview*

Mục này tạo bản đồ 3 tầng: (1) Tầng nông – cơ hành xốp (bulbospongiosus), ngồi hang (ischiocavernosus), ngang nông; (2) Tầng giữa – màng/hoành niệu – dục và cấu trúc gắn kèm; (3) Tầng sâu – levator ani (puborectalis, pubococcygeus, iliococcygeus) và cơ cụt. Bản đồ phân lớp giúp bạn liên hệ hướng sợi – chức năng – mốc bề mặt trước khi vào chi tiết.

1.2 Lớp nông: cơ hành hang, hành xốp, ngang nông – *Superficial layer*

Tập trung hình thái – nguyên ủy – bám tận – chi phối thần kinh – vai trò trong ổn định thể đáy chậu, hỗ trợ đóng mở lỗ chậu dưới và chức năng tình dục. Kèm mẹo sờ nắn bề mặt, liên hệ với đau điểm kích hoạt vùng tiền đình/đáy chậu và chiến lược can thiệp an toàn.

1.3 Lớp sâu: levator ani & cơ cụt – *Deep layer: levator ani & coccygeus*

Làm rõ ranh giới, mối tương quan giữa *puborectalis – pubococcygeus – iliococcygeus* và cơ cụt, nhấn mạnh vai trò "sàn nâng đỡ – cổng áp lực" trong kiểm soát tiểu/đại tiện và cơ chế POP. Mô tả đường cong hậu môn – trực tràng và thay đổi khi Valsalva/ho/hắt hơi.

1.4 Cân – mạc nội chậu & cung gân – *Endopelvic fascia & arcus tendineus*

Trình bày ATLA/ATFP, mạc mu – cổ tử cung và mạc âm đạo – trực tràng, cùng các cầu treo nâng đỡ thành trước/sau âm đạo. Nêu liên hệ với khiếm khuyết mạc trong sa bàng quang/rectocele, hàm ý chẩn đoán và định hướng can thiệp
bảo tồn.

1.5 Thân đáy chậu & mốc giải phẫu – *Perineal body & landmarks*

Mô tả thể đáy chậu như nút sợi – cơ trung tâm – nơi hội tụ nhiều cơ tầng nông/sâu – và vai trò sau sinh. Bổ sung bảng mốc bề mặt (ụ ngồi, khe sinh môn, gờ giữa) phục vụ khám – ghi chép theo "mặt đồng hồ".

1.6 Liên hệ hông – cột sống thắt lưng – *Lumbopelvic relationships*

Giải thích truyền tải lực qua chuỗi hông – hoành chậu – cơ hoành – ngang bụng, mối liên hệ với tư thế, hô hấp, ổn định thân và các than phiền chức năng (đau thắt lưng, DRA, rối loạn sàn chậu). Đây là cầu nối tự nhiên sang Chương 2 – Cơ sinh học & IAP.

1.7 Hộp kiến thức: mốc siêu âm tầng sinh môn – *Perineal US landmarks*

Cung cấp quy ước mặt phẳng cắt (midsagittal/coronal), thiết lập đầu dò, tư thế bệnh nhân, cùng mốc nhận diện (cổ bàng quang, niệu đạo, thể đáy chậu, cơ nâng…). Kèm mẫu báo cáo tối thiểu (mặt phẳng, mốc, thao tác Valsalva/ho) để chuẩn hóa mô tả.

Tự kiểm tra nhanh (gợi ý): Hãy chỉ định 3 mốc bạn luôn phải xác nhận khi đặt đầu dò siêu âm tầng sinh môn ở mặt phẳng giữa; ghi lại vị trí theo quy ước.

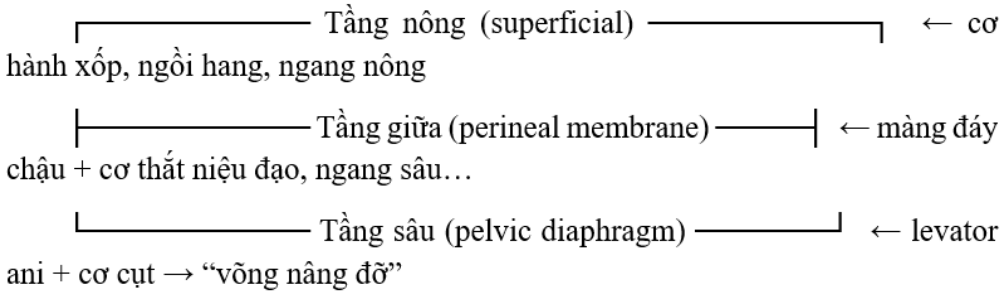
1.1 Tổng quan phân lớp – Layered overview

Mục tiêu nhanh: Sau 10 phút, bạn có thể vẽ "bản đồ 3 tầng" của sàn chậu, gọi đúng tên cơ – mạc chính và nêu 1 – 2 chức năng quan trọng của từng tầng.

A. Hình dung nhanh: "Võng 3 tầng"

Hãy tưởng tượng sàn chậu như một chiếc võng 3 tầng căng giữa hai bên ụ ngồi (ischial tuberosities) và từ xương mu (pubis) tới xương cùng – cụt (sacrum – coccyx):

Trước (xương mu)



Sau (xương cùng – cụt)

- Tầng nông – *superficial perineal layer*: nằm ngay dưới da vùng đáy chậu, bao quanh tam giác niệu – sinh dục (trước) và tam giác hậu môn (sau).
- Tầng giữa – *urogenital diaphragm/perineal membrane*: màng đáy chậu như một tấm bạt chắc, ở phía trước, là chỗ bám của các cơ kiểm soát niệu đạo (đặc biệt ở nữ).
- Tầng sâu – *pelvic diaphragm*: võng nâng đỡ gồm levator ani (cơ mu – trực tràng, mu – cụt, chậu – cụt) và cơ cụt; kiểm soát lỗ chậu dưới/hiatus nơi đi qua niệu đạo (± âm đạo) và ống hậu môn.

Nhớ nhanh: *Nông – Giữa – Sâu* tương ứng *bề mặt – tấm bạt – cái võng*.

B. Thành phần chính từng tầng

1) Tầng nông – Superficial layer – ổn định bề mặt & hỗ trợ chức năng tình dục

- Cơ hành xốp (*bulbospongiosus*): ôm hành dương vật/tiền đình âm đạo; hỗ trợ đóng lỗ chậu dưới, góp phần chức năng tình dục.
- Cơ ngồi hang (*ischiocavernosus*): phủ trụ vật hang (crura); hỗ trợ duy trì cương/điều hoà lưu máu.
- Cơ ngang đáy chậu nông (*superficial transverse perineal*): ổn định thể đáy chậu (*perineal body*).
- Cơ thắt hậu môn ngoài (*external anal sphincter – EAS*) nằm ở tam giác hậu môn: kiểm soát đóng mở hậu môn.

2) Tầng giữa – Perineal membrane/urogenital diaphragm – "tấm bạt" kiểm soát niệu đạo (đặc biệt ở nữ)

- Màng đáy chậu (*perineal membrane*): tấm cân căng giữa hai ngành ngồi – mu.
- Cơ thắt niệu đạo (*external urethral sphincter – EUS*), cơ nén niệu đạo (*compressor urethrae – nữ*) và cơ vòng niệu đạo – âm đạo (*urethrovaginal sphincter – nữ*).
- Cơ ngang đáy chậu sâu (*deep transverse perineal* – biến đổi theo giới).→ Chức năng: kiểm soát tiểu tiện, hỗ trợ thành trước âm đạo/bàng quang.

3) Tầng sâu – Pelvic diaphragm – võng nâng đỡ & "cổng áp lực"

- Levator ani: – Cơ mu – trực tràng (*puborectalis*): tạo góc hậu môn – trực tràng, vai trò lớn trong nhịn đại tiện. – Cơ mu – cụt (*pubococcygeus*). – Cơ chậu – cụt (*iliococcygeus*).
- Cơ cụt (*coccygeus/ischiococcygeus*): góp phần tạo vòm sàn chậu.→ Chức năng: nâng đỡ tạng chậu, đóng/mở hiatus khi ho – hắt hơi – nâng, phối hợp IAP.

C. Mốc bề mặt & định hướng nhanh

- Ụ ngồi (*ischial tuberosity*): hai "cọc neo" hai bên.
- Xương mu ↔ xương cùng – cụt: trục trước – sau.
- Thể đáy chậu (*perineal body*): nút trung tâm nối nhiều cơ; mốc quan trọng sau sinh.
- Quy ước "mặt đồng hồ": 12 giờ = trước (phía xương mu), 6 giờ = sau (phía hậu môn) để ghi vị trí sờ nắn/điểm đau.

D. Thần kinh – mạch máu

- Thần kinh thẹn (*pudendal nerve, S2 – S4*) chạy trong ống Alcock dọc cơ bịt trong (*obturator internus*), chi phối phần lớn tầng nông/giữa và EAS/EUS.
- Mạch thẹn trong (*internal pudendal vessels*) đi kèm thần kinh.

E. Vai trò chức năng theo tầng

- Nông: ổn định bề mặt & hỗ trợ đóng lỗ chậu dưới/chức năng tình dục.
- Giữa: kiểm soát niệu đạo (giữ tiểu).
- Sâu: nâng đỡ tạng chậu & phối hợp áp lực ổ bụng (IAP) để giữ tiểu/giữ phân.

F. Lỗi thường gặp & cách tránh

- Nhầm "màng đáy chậu" với lớp nông → Hãy nhớ: màng = tầng giữa, như tấm bạt căng phía trước.
- Quên EAS thuộc tam giác hậu môn → Luôn vẽ hai tam giác khi phác thảo tầng nông.
- Gọi chung levator ani là "một cơ" → Luôn nêu 3 phần (PR/PC/IC) kèm chức năng.

G. Tự kiểm tra 60 giây

- Kể tên 3 cơ của tầng nông.
- Tầng nào là "tấm bạt"? Cấu trúc nào đi kèm để giữ tiểu?
- Phần nào của levator ani tạo góc hậu môn – trực tràng?

1.2 Lớp nông: cơ hành xốp, ngồi hang, ngang nông – Superficial layer: bulbospongiosus, ischiocavernosus, superficial transverse perineal

Mục tiêu nhanh (5 phút): Nêu đúng vị trí – bám – chi phối thần kinh – chức năng chính của 3 cơ tầng nông; chỉ mốc sờ nắn an toàn theo quy ước mặt đồng hồ.

A. Định hướng & mốc bề mặt

- Hai tam giác của đáy chậu: – Tam giác niệu – sinh dục (trước): nơi có màng đáy chậu/perineal membrane và đa số cấu trúc kiểm soát niệu đạo. – Tam giác hậu môn (sau): nơi có cơ thắt hậu môn ngoài – EAS.
- Mốc ngoài da: ụ ngồi (hai "cọc neo"), khe sinh môn, thể đáy chậu (perineal body) – nút trung tâm.

- Quy ước mặt đồng hồ: 12 giờ = trước, 6 giờ = sau (hướng về hậu môn) để ghi nhận điểm đau/căng.

Lưu ý từ ngữ: *Ischiocavernosus* thường dịch là cơ ngồi hang (một số tài liệu gọi hành hang). Trong sách này dùng ngồi hang để thống nhất.

B. Thành phần chi tiết

1) Cơ hành xốp – *Bulbospongiosus*

- Nguyên ủy – bám tận: – Nữ: từ thể đáy chậu & bờ quanh tiền đình âm đạo → chạy dọc thân âm vật/tiền đình. – Nam: bao quanh hành dương vật → bám vào mạc sâu dương vật/trung tâm gân.
- Chi phối: nhánh perineal của tk. thẹn (pudendal, S2 – S4).
- Chức năng: – Nữ: hỗ trợ đóng lỗ chậu dưới, nén tiền đình, góp phần chức năng tình dục. – Nam: nén hành dương vật, hỗ trợ tống tinh, duy trì cương (đẩy máu tĩnh mạch).
- Lâm sàng – sờ nắn: – Nữ: sờ hai dải cơ hai bên tiền đình (khoảng 4 – 5h và 7 – 8h), ấn nhẹ hướng vào trong – lên trên. – Nam: sờ phía trước thể đáy chậu, ôm quanh hành dương vật.
- Liên quan: dễ tăng trương lực trong đau sàn chậu/vestibulodynia, hậu sản, hoặc thói quen gồng giữ kéo dài.

2) Cơ ngồi hang – *Ischiocavernosus*

- Nguyên ủy – bám tận: từ ụ ngồi & ngành ngồi – mu → bao trụ vật hang (crus of clitoris/penis), bám mạc sâu quanh trụ.
- Chi phối: pudendal (S2 – S4) – nhánh perineal.
- Chức năng: nén tĩnh mạch trên bề mặt trụ → duy trì cương, ổn định trụ khi co PFM.
- Lâm sàng – sờ nắn: – Tìm đường từ ụ ngồi tới bờ trên thể đáy chậu, sờ chếch trước – trong; bệnh nhân thường căng khi hoặc "gồng bụng".

3) Cơ ngang đáy chậu nông – Superficial transverse perineal

- Nguyên ủy – bám tận: ụ ngồi → thể đáy chậu (hai bên như dây giằng vào nút trung tâm).
- Chi phối: pudendal (S2 – S4).
- Chức năng: ổn định thể đáy chậu, giữ đối xứng tầng nông, hỗ trợ đóng lỗ chậu dưới khi tăng IAP (ho, hắt hơi, nâng).
- Lâm sàng: dễ bị tổn thương/giãn sau sinh hoặc với cắt/tổn thương tầng sinh môn → gây mất ổn định thể đáy chậu, đau điểm 3h/9h.

Tóm tắt thần kinh: Cả 3 cơ nhận nhánh từ tk. thẹn (S2 – S4) → lý do vì sao đau, tê, tăng/giảm trương lực có thể liên quan đường đi pudendal.

C. Chức năng thực tiễn

- Giữ tiểu/đại tiện tức thời: đồng co tầng nông + EUS/EAS tạo "vòng siết" khi ho/hắt hơi (*The Knack*).
- Tình dục: ngồi hang & hành xốp tham gia duy trì cương và nén tiền đình; mất cân bằng có thể liên quan đau giao hợp, rối loạn cương.
- Ổn định cơ học: ngang nông "neo" thể đáy chậu – trung tâm hội tụ lực.

D. Khám & an toàn

- Chuẩn bị: giải thích mục tiêu, xin đồng thuận; tư thế ngửa, gối gập, khăn che kín; găng tay, bôi trơn phù hợp.
- Quan sát: da, sẹo, đối xứng, phản xạ co khi ho/khịt mũi.
- Sờ nắn ngoài theo mặt đồng hồ: ấn nhẹ – chậm – nông trước, hỏi cảm giác (đau/căng).
- Đánh giá co – giãn: yêu cầu "kéo khe sinh môn lên – vào trong" (co), "thở dài – thả lỏng" (giãn).
- Dừng ngay nếu đau sắc nét, chảy máu, chóng mặt, hoảng sợ. Cân nhắc chaperone.

E. Can thiệp thường gặp

- Tăng trương lực/đau: – Thở cơ hoành + thả lỏng theo nhịp thở (*down – training*). – Giãn nhẹ mô mềm quanh 3 – 9h; tự – massage có hướng dẫn. – Tư thế giảm tải: nằm ngửa, kê gối dưới gối/hông; nhiệt ấm ngắn hạn.
- Giảm sức/co yếu: – Co nhanh – thả (quick flicks): 10 lần × 3 hiệp/ngày. – Co chậm giữ: 5 – 10 giây × 8 – 12 lần, tiến triển nằm → ngồi → đứng → chức năng. – The Knack trước ho/nâng.
- Hỗ trợ phối hợp: cue hình ảnh "kéo khóa kéo từ đáy chậu hướng rốn", "gom khe sinh môn về trung tâm".
- Chứng cứ (ngắn): PFMT có lợi cho SUI/UUI, và thư giãn + giáo dục hữu ích trong đau sàn chậu; lựa chọn can thiệp tùy đánh giá cá nhân hóa.

F. Lỗi thường gặp & cách khắc phục

- Gồng mông/đùi thay vì PFM → đặt tay lên mông/đùi nhắc thả lỏng; chỉ "kéo lên – vào trong" ở đáy chậu.
- Nín thở khi co → nhắc thở ra chậm khi bắt đầu co.
- Nhấn quá mạnh khi sờ → đau phản vệ; luôn nhẹ – chậm – hỏi cảm giác.

G. Tự kiểm tra 60 giây

- Ba cơ tầng nông và mốc bám của mỗi cơ?
- Cơ nào giúp duy trì cương bằng nén tĩnh mạch?
- Khi ho, bạn hướng dẫn The Knack cho tầng nông thế nào?

1.3 Lớp sâu: levator ani & cơ cụt – Deep layer: levator ani & coccygeus

Mục tiêu nhanh (5 – 7 phút): Nêu được 3 phần của levator ani (PR/PC/IC), vai trò góc hậu môn – trực tràng, vị trí hiatus, và điểm khác biệt giữa levator ani và cơ cụt.

A. Bức tranh tổng quát

Tầng sâu là "võng nâng đỡ" của sàn chậu:

- Levator ani (LA) gồm 3 phần chính: – Cơ mu – trực tràng (PR – puborectalis) – Cơ mu – cụt (PC – pubococcygeus) – Cơ chậu – cụt (IC – iliococcygeus)

- Cơ cụt (*coccygeus/ischiococcygeus*) nằm sau – ngoài LA, chạy từ gai ngồi về xương cùng – cụt.

Khoang mở (hiatus) của LA cho niệu đạo (± âm đạo) & ống hậu môn đi qua. Khi LA co, hiatus thu nhỏ → hỗ trợ giữ tiểu/giữ phân; khi Valsalva/ho, LA cần đồng bộ với cơ hoành – thành bụng để kiểm soát IAP.

B. Chi tiết từng phần

1) PR – cơ mu – trực tràng – Puborectalis

- Đường đi: vòng chữ U ôm sau chỗ nối hậu môn – trực tràng (không bám xương cụ thể mà chạy vòng từ nhánh mu bên này sang bên kia).
- Vai trò: tạo góc hậu môn – trực tràng (≈80 – 100°) → như một "nút kéo" giúp nhịn đại tiện. Thả lỏng PR → góc mở ra để đi tiêu.
- Lâm sàng: PR quá tăng trương lực → táo bón do co nghịch lý (anismus); PR yếu/giãn → khó giữ phân.

2) PC – cơ mu – cụt – Pubococcygeus

- Bám: từ xương mu về trung tâm gân/đáy chậu và cụt; bao một phần niệu đạo/âm đạo.
- Vai trò: nâng đỡ trực tiếp các tạng (đặc biệt ở nữ: cổ bàng quang – thành âm đạo), góp phần đóng mở hiatus.
- Lâm sàng: tổn thương/avulsion sau sinh có thể liên quan sa thành trước âm đạo (cystocele).

3) IC – cơ chậu – cụt – Iliococcygeus

- Bám: từ cung gân levator ani (ATLA) dọc thành chậu → mạc quanh cụt.
- Vai trò: như "tấm vải căng" hoàn thiện vòm sàn chậu, nâng đáy chậu sau.
- Lâm sàng: thường mỏng/di động hơn PC; đóng vai trò nâng toàn cục hơn là siết cục bộ.

4) Cơ cụt – Coccygeus

- Bám: gai ngồi → bờ bên xương cùng – cụt (song song dây chằng cùng – gai).

- Vai trò: hoàn thiện vòm sau, hỗ trợ hồi phục sau tăng áp lực (ho/hắt hơi), góp phần ổn định cụt.
- Phân biệt với LA: nằm sau – ngoài hơn, ít tham gia siết hiatus so với PC/PR.

Innervation (đơn giản hóa): LA chủ yếu do nhánh đám rối cùng (S3 – S4) (*nerve to levator ani*); nhánh thẹn dưới (inferior rectal – pudendal) tham gia vùng quanh ống hậu môn. Cơ cụt: nhánh S4 – S5.

C. Hiatus & góc hậu môn – trực tràng

PR (nút kéo) ôm quanh chỗ nối hậu môn – trực tràng

Khi PR co → góc hẹp (giữ phân) ; PR giãn → góc mở (đi tiêu)

PC/IC co → kéo đáy chậu lên trên – vào trong → thu nhỏ HIATUS

- Hiatus quá rộng (giãn LA) → tăng nguy cơ POP, són.
- Hiatus thu nhỏ tốt khi ho/hắt hơi → hỗ trợ The Knack và PFMT.

D. Khám nhanh – an toàn

- Đồng thuận rõ ràng; tư thế nằm ngửa, gối gập; giải thích trước từng bước.
- Nhìn: nâng – hạ đáy chậu khi ho/khịt mũi; quan sát đối xứng.
- Sờ nắn ngoài qua đáy chậu: cảm nhận nâng lên khi yêu cầu "kéo đáy chậu lên – vào trong".
- Khám trong (khi phù hợp): một/two ngón tay bôi trơn; đánh giá co chậm – co nhanh, giữ (5 – 10s), mệt sớm, đau điểm.
- Dừng ngay nếu đau sắc/ra máu/khó chịu; cân nhắc chaperone.

E. Rối loạn thường gặp

- Yếu/giãn LA: sau sinh, phẫu thuật, tăng áp lực bụng kéo dài → SUI/POP.
- Tăng trương lực PR: táo bón, đau sàn chậu mạn, cảm giác không tống hết.
- Đau cụt/cơ cụt: sau té ngã/đi xe kéo dài → đau vùng cụt khi ngồi.

F. Can thiệp cốt lõi

- PFMT có cấu trúc: – Co chậm giữ 5 – 10s × 8 – 12 lần; 3 – 4 hiệp/ngày. – Co nhanh (quick flicks) 10×; dùng trước ho/nhấc (*The Knack*). – Tiến triển tư thế: nằm → ngồi → đứng → chức năng (bước,
  squat nhẹ).
- Down – training khi tăng trương lực/đau: thở cơ hoành, thả lỏng theo nhịp thở, biofeedback hướng dẫn giãn.
- Điều chỉnh hành vi/IAP: tránh nín thở kiểu Valsalva khi nâng; chia nhỏ tải, giữ cột sống – hông trung lập.

G. Lỗi thường gặp & cách khắc phục

- Gồng mông/đùi – bụng trên thay vì LA → dùng hands – on hoặc cue hình ảnh: "kéo khóa kéo từ đáy chậu hướng rốn".
- Đẩy xuống (bearing down) khi cố co → nhắc "thở ra – kéo lên", đặt tay trên bụng để tránh rặn.
- Tập quá sức gây mỏi/tăng đau → giảm liều, ưu tiên chất lượng co giãn.

H. Tự kiểm tra 60 giây

- Kể 3 phần của levator ani và 1 chức năng của mỗi phần.
- Cơ nào tạo góc hậu môn – trực tràng? Khi nào góc này mở?
- Khác nhau chính giữa levator ani và cơ cụt?

1.4 Cân – mạc nội chậu & cung gân – Endopelvic fascia & arcus tendineus (ATLA/ATFP)

Mục tiêu nhanh (5 – 7 phút): Hiểu mạc nội chậu là "lưới treo 3D", phân biệt hai cung gân quan trọng (*ATLA* gắn cơ, *ATFP* gắn mạc/âm đạo), nêu liên hệ DeLancey level I – III và ý nghĩa trong sa tạng chậu (POP).

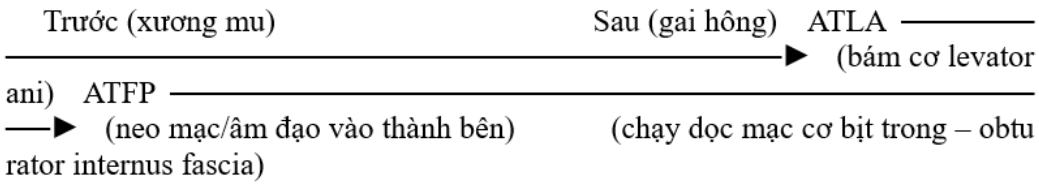
A. Khái niệm đơn giản

- Mạc nội chậu (endopelvic fascia) = mạng collagen – elastin bao bọc, treo – nối – truyền lực giữa cơ sàn chậu và tạng chậu (bàng quang, tử cung, âm đạo, trực tràng).

- Hệ mạc này không phải một tấm duy nhất, mà gồm dải – vách – cầu treo nối vào các cung gân dọc thành chậu.

B. Hai "đường trắng" chính ở thành chậu

- ATLA – Arcus tendineus levator ani (*cung gân cơ nâng hậu môn*): – Đường đi: từ xương mu → gai hông, chạy dọc mạc cơ bịt trong (obturator internus). – Vai trò: điểm bám cho cơ levator ani (nhất là iliococcygeus). → Nghĩ ATLA = giá treo cho CƠ.
- ATFP – Arcus tendineus fascia pelvis (*cung gân mạc chậu*, còn gọi white line): – Đường đi: gần song song ATLA, từ xương mu → gai hông trên thành bên chậu. Vai trò: neo mạc mu – cổ tử cung (pubocervical fascia) và mạc âm đạo – trực tràng (rectovaginal fascia) vào thành bên. → Nghĩ ATFP = giá treo cho MẠC/ÂM ĐẠO.



Nhớ nhanh: *ATLA bám cơ*; *ATFP neo mạc/âm đạo*.

C. Các "vách" mạc quan trọng (chốt tên – chức năng)

- Mạc mu – cổ tử cung (pubocervical fascia): vách trước giữa bàng quang – âm đạo → đỡ thành trước âm đạo/cổ bàng quang.
- Mạc âm đạo – trực tràng (rectovaginal fascia): vách sau giữa âm đạo – trực tràng → đỡ thành sau âm đạo.
- Màng đáy chậu (perineal membrane): "tấm bạt" ở tam giác trước; là điểm neo xa (level III) cho niệu đạo – âm đạo.
- Phức hợp dây chằng tử cung – cùng & ngang cổ tử cung (uterosacral & cardinal): treo đỉnh âm đạo/tử cung (level I).

D. DeLancey – Ba "tầng treo" hỗ trợ âm đạo (tóm lược rất dễ nhớ)

- Level I (đỉnh – apical): uterosacral/cardinal treo đỉnh âm đạo/tử cung vào thành chậu – xương cùng.
- Level II (thành bên – mid): thành âm đạo trước/sau neo vào ATFP qua mạc mu – cổ tử cung và mạc âm đạo – trực tràng.
- Level III (xa – distal): niệu đạo – âm đạo gắn với màng đáy chậu và thể đáy chậu. → Hỏng level nào → kiểu sa tương ứng (đỉnh/thành trước – sau/đoạn xa).

E. Liên hệ lâm sàng (POP – dễ hình dung)

- Sa thành trước (cystocele): Khiếm khuyết giữa (midline): mạc mu – cổ tử cung giãn → phồng giữa. Khiếm khuyết bên (paravaginal): tách thành âm đạo khỏi ATFP → hõm bên biến mất.
- Sa thành sau (rectocele): mạc âm đạo – trực tràng suy yếu → phồng sau; nếu kèm enterocele có thể sờ vòm cao.
- Sa đỉnh (apical/vault/uterine): yếu uterosacral/cardinal (level I).
- Kèm giãn hiatus (liên quan LA): hiatus rộng làm POP nặng hơn.
- F. Khám – hình ảnh (thực dụng)
- Khám âm đạo: đánh giá nếp bên thành âm đạo; mất nếp gợi ý paravaginal defect (lệch ATFP).
- POP – Q: ghi Aa, Ba (thành trước), Ap, Bp (thành sau), C/D (đỉnh), gh/pb/tvl đầy đủ.
- Siêu âm tầng sinh môn (2D): quan sát cổ bàng quang, khoang retropubic, di động khi Valsalva/ho; ghi mặt phẳng cắt – mốc nhất quán.
- MRI (khi cần): giúp phân biệt midline vs paravaginal và tổn thương LA/avulsion.

G. Hệ quả thực hành & gợi ý can thiệp

- Bảo tồn: – PFMT (nâng đỡ, phối hợp với IAP) + The Knack khi tăng áp lực. – Pessary (khi đỉnh/đáy chậu yếu) – cần đo cỡ, theo dõi. – Điều chỉnh hành vi: kiểm soát táo bón/ho mạn, vệ sinh nâng – ho – hắt hơi.
- Chuyển tuyến khi: POP nặng, nghi paravaginal defect, sa đỉnh rõ, hoặc thất bại bảo tồn. *(Can thiệp phẫu thuật chi tiết nằm ở phần Can thiệp – Ch.13+).*
- H. Lỗi thường gặp & cách tránh
- Nhầm ATLA = ATFP → nhớ ATLA (CƠ) vs ATFP (MẠC/ÂM ĐẠO).
- Bỏ qua đỉnh (level I) khi chỉ tập trung thành trước/sau → dễ tái sa.
- Báo cáo POP – Q thiếu gh/pb/tvl → khó so sánh theo dõi.
- Không chuẩn hóa mặt phẳng siêu âm → kết quả khó lặp lại.

I. Tự kiểm tra 60 giây

- Mô tả khác nhau ATLA và ATFP trong 1 câu.
- Level II của DeLancey neo vào đường nào?
- Dấu hiệu gợi ý paravaginal defect khi khám?

1.5 Thể đáy chậu & mốc giải phẫu – Perineal body & surface landmarks

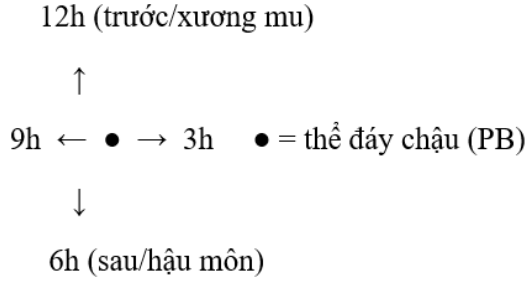
Mục tiêu nhanh (3 – 5 phút): Hiểu thể đáy chậu là "nút trung tâm" của sàn chậu, biết các cơ bám vào đây, nhận diện mốc bề mặt và ghi chép theo mặt đồng hồ để khám/ghi hồ sơ nhất quán.

A. Thể đáy chậu là gì?

- Thể đáy chậu (perineal body) = một khối sợi – cơ chắc ở giữa đáy chậu, nằm giữa âm hộ (hoặc gốc dương vật) và hậu môn.
- Vai trò như "nút trung tâm": tập trung lực kéo từ nhiều cơ tầng nông và sâu → ổn định lỗ chậu dưới, hỗ trợ giữ tiểu/giữ phân và chức năng tình dục.

B. Vị trí & cách sờ nhận

- Trục trước – sau: xương mu ↔ xương cùng – cụt.
- Hai neo bên: ụ ngồi (ischial tuberosities).
- Khe sinh môn (perineal raphe) chạy dọc đường giữa.
- Thể đáy chậu: vùng mô mềm, chắc ngay trước hậu môn (≈ vị trí 6 giờ nếu lấy xương mu làm 12 giờ).
- Quy ước mặt đồng hồ (bệnh nhân nằm ngửa): 12 giờ = phía trước (hướng xương mu); 6 giờ = phía sau (hướng hậu môn); 3 giờ/9 giờ = hai bên ụ ngồi.



C. Những cơ bám vào thể đáy chậu

- Tầng nông:

+ Cơ hành xốp (bulbospongiosus)

+ Cơ ngang đáy chậu nông (superficial transverse perineal) – hai bên như "dây giằng" về PB

+ Cơ thắt hậu môn ngoài (external anal sphincter – EAS) – phần trước

- Tầng sâu/giữa (thay đổi theo cá nhân):

+ Sợi levator ani trước (nhất là pubococcygeus) có thể liên tục mô với PB

+ Màng đáy chậu (*perineal membrane*) neo đoạn xa niệu đạo/âm đạo → PB

Nhớ nhanh: *"Hành xốp – Ngang nông – EAS"* là bộ ba thường gặp bám PB.

D. Chức năng chính

- Ổn định trung tâm lỗ chậu dưới khi ho/hắt hơi/nâng (tăng IAP).
- Truyền lực giữa tầng nông – sâu, giữ đối xứng hai bên.
- Hỗ trợ cơ thắt niệu đạo/hậu môn ➜ góp phần giữ tiểu/giữ phân.
- Sau sinh: PB là điểm chịu lực; là mốc phục hồi quan trọng.

E. Thay đổi & tổn thương thường gặp

- Hậu sản/episiotomy/rách tầng sinh môn: giãn, sẹo, mất đối xứng → giảm ổn định, đau khi ngồi/quan hệ.
- Tăng IAP kéo dài (ho mạn, táo bón, nâng nặng): PB dày – đau hoặc nhạy cảm.
- POP: PB yếu/giãn thường đi kèm hiatus rộng, làm sa nặng hơn.

F. Khám lâm sàng

- Quan sát: sẹo, đối xứng, phồng lồi khi Valsalva/ho.
- Sờ nắn ngoài PB: ấn nhẹ – chậm; hỏi cảm giác (đau/căng).
- Ghi chép theo mặt đồng hồ: đau điểm ở 3h/9h → gợi căng ngang nông; đau 5 – 7h → xem xét PB/EAS.
- Đánh giá chức năng: yêu cầu co ("kéo PB lên – vào trong") và giãn ("thở ra dài, thả lỏng").

An toàn: dừng ngay nếu đau sắc, chảy máu, khó chịu; cân nhắc chaperone.

G. Liên hệ đo lường (POP – Q)

- GH (genital hiatus): khe sinh dục (trước) đến bờ sau màng trinh.
- PB (perineal body): bờ sau màng trinh đến bờ trước hậu môn.
- PB ngắn/giãn + GH tăng ⇒ hiatus rộng, nguy cơ sa cao hơn.

H. Can thiệp gợi ý (tùy cá thể – chỉ nguyên tắc)

- Đau/tăng trương lực PB:

  + Thở cơ hoành – down – training, thư giãn theo nhịp thở

  + Giãn mô mềm nông quanh 3 – 9h, tự – massage có hướng dẫn

- Giảm ổn định sau sinh/sẹo:

  + PFMT có cấu trúc (co chậm giữ + co nhanh), cue "kéo PB lên – vào trong"

  + Tái huấn luyện tư thế – hô hấp khi nâng/ho (The Knack)

  + Xử lý sẹo nhạy: huy động mô nhẹ nhàng, tăng dần theo dung nạp

- Khi nghi POP rõ/đau kéo dài: chuyển tuyến chuyên khoa để đánh giá thêm (siêu âm tầng sinh môn, POP – Q đầy đủ).

I. Lỗi thường gặp & cách khắc phục

- Ấn quá mạnh khi sờ ⇒ phản vệ đau → nhẹ – chậm – hỏi cảm giác.
- Chỉ tập "siết" mà không tập giãn ⇒ tăng đau/tăng trương lực → thêm down – training.
- Gồng mông/đùi thay vì PB/PFM → đặt tay nhắc thả lỏng mông – đùi, chỉ kéo lên – vào trong ở đáy chậu.

J. Tự kiểm tra 60 giây

- Kể 3 cơ bám vào PB.
- PB đóng vai trò gì khi ho/hắt hơi?
- Ghi vị trí điểm đau quanh PB theo mặt đồng hồ như thế nào?

1.6 Liên hệ hông – cột sống thắt lưng – Lumbopelvic relationships

Ý chính: Hông, cột sống thắt lưng, "lõi" (core) và sàn chậu (PFM) là một hệ thống cùng làm – cùng chịu. Khi bạn hít thở, thay đổi tư thế, ho hay nâng vật, áp lực trong bụng (IAP) và lực truyền qua khung chậu sẽ đổi theo. Hiểu "nhịp phối hợp" này giúp ta khám – tập đúng, giảm đau và phòng sa/son.

1) Hệ "trụ – vòm" của thân mình

- Vòm trên: cơ hoành (diaphragm)
- Vách quanh: cơ ngang bụng (TrA), chéo bụng, đa liên (multifidus)
- Vòm dưới: cơ sàn chậu (PFM) Khi hít vào, cơ hoành hạ xuống → IAP tăng nhẹ, PFM dãn đàn hồi. Khi thở ra, cơ hoành nâng lên → PFM co nâng. Đây là nhịp sinh học cơ bản.

2) Tư thế xương sườn – chậu – lưng (stacking)

- "Xếp chồng" tốt: lồng ngực ở ngay trên khung chậu, thắt lưng trung lập → áp lực dàn đều, PFM làm việc ít mệt.
- Ưỡn lưng – chậu nghiêng trước: áp lực "đổ" ra trước – dưới → dễ rò tiểu khi gắng sức.
- Gù – chậu nghiêng sau: áp lực dồn sau – dưới → dễ căng PFM, đau quanh thể đáy chậu.

3) Truyền lực qua hông

- Gập/duỗi hông tốt (hip hinge) giúp lưng giữ trung lập, PFM không bị ép quá mức khi nâng, ngồi xổm, ho.
- "Gồng mông" liên tục (butt gripping) làm PFM tăng trương lực, cứng đau, giảm giãn nở khi thở.

4) Mẫu rối loạn thường gặp (dấu hiệu gợi ý)

- Thở nông bằng ngực trên, bụng "nín" → PFM không dãn khi hít vào.
- Nín thở kiểu Valsalva khi nâng → IAP vọt xuống sàn chậu → son/sa tăng.
- Ho – hắt hơi không chuẩn bị → rò giọt/đau tức đáy chậu.
- Đau thắt lưng tái phát đi kèm tiểu són/POP nhẹ → nghĩ đến mất phối hợp core – PFM.

5) Khám nhanh – an toàn (3 bước, không xâm lấn)

- Đứng nghiêng: quan sát xếp chồng lồng ngực – chậu, độ ưỡn thắt lưng.
- Thở tự nhiên: bàn tay một ở ngực, một ở bụng dưới; hít vào bụng nở đều, thở ra bụng xẹp nhẹ (không hóp quá).
- Ho nhẹ: yêu cầu làm The Knack: *"Thở ra, kéo đáy chậu lên – vào ngay trước khi ho"*. Nếu rò/đau giảm ⇒ phối hợp tốt hơn.

6) Nguyên tắc can thiệp (đơn giản – làm được ngay)

- Thở – áp lực

+ 4 – 6 chu kỳ/phút: hít mũi 3 – 4s → thở ra 4 – 6s; khi thở ra, kéo PFM lên – vào ~30 – 40% sức.

+ Tránh nín thở khi gắng sức; thay bằng *"thở ra khi nặng việc"*.

- Xếp chồng (stacking) & hông

+ Đứng/ngồi: *"xương ức trên xương mu"*, xương sườn hạ, chậu trung lập.

+ Luyện hip hinge (cúi từ hông, lưng trung lập) trước khi tập squat/nâng.

- Tích hợp chức năng

+ The Knack: thực hiện 0.5 – 1 giây trước ho – hắt hơi – nhấc.

+ March nằm ngửa: thở ra + kéo PFM nhẹ → nâng từng chân; giữ lưng yên.

+ Squat nông + thở: hít vào khi hạ, thở ra + PFM khi lên.

7) Lỗi thường gặp & cách sửa

- Co PFM quá mạnh/quá lâu → mỏi, đau → chỉ 30 – 40%, ngắn – chất lượng.
- Hóp bụng trên – nâng sườn → mất áp lực trung tâm → luyện hạ sườn, nở hông sườn khi hít vào.
- Gồng mông liên tục → nhắc thả mông, dồn cảm giác về "kéo lên – vào" ở đáy chậu.

8) Hai bài tự luyện (2 – 3 phút/bài)

- 90 – 90 breathing (nằm, gối đặt lên ghế): 5 – 8 nhịp; mỗi thở ra kéo PFM nhẹ.
- Hip hinge trước gương: 8 – 10 lần; xương ức – xương mu thẳng hàng, lưng không ưỡn/gù; thêm The Knack khi đứng lên.

1.7 Hộp kiến thức: mốc siêu âm tầng sinh môn – Perineal ultrasound (US) landmarks

Mục tiêu nhanh (5 – 7 phút): Biết cách đặt đầu dò, nhận diện mốc cơ bản trên mặt phẳng giữa (midsagittal) và ngang (axial/coronal), thực hiện thao tác động (Valsalva, ho, co PFM) và ghi báo cáo tối thiểu.

1) Chuẩn bị & an toàn

- Đồng thuận rõ ràng, giải thích mục tiêu, có thể cân nhắc chaperone.

- Bàng quang: còn ít – vừa (không quá căng).
- Tư thế: nằm ngửa, gối gập nhẹ, khăn che kín; vệ sinh – bôi gel đầy đủ.
- Đầu dò: cong (*curvilinear* 3 – 6 MHz) hoặc phẳng (*linear* 5 – 9 MHz); chế độ 2D là đủ cho thực hành cơ bản.

2) Đặt đầu dò – trans – perineal

- Đặt dọc đường giữa đáy chậu, áp nhẹ (tránh đau).
- Hướng đầu dò:

+ Mặt phẳng giữa (midsagittal): mũi dò hướng đầu (cranial) → thấy xương mu (pubis) ở phía trước ảnh.

+ Mặt phẳng ngang (axial/coronal): xoay đầu dò 90°.

- Tối ưu hình ảnh: chỉnh độ sâu 5 – 8 cm, tiêu cự ngang cấu trúc cần nhìn; tránh đè quá mạnh làm biến dạng.

3) Mốc nhận diện – mặt phẳng giữa – midsagittal

(Nữ)

- Xương mu (pubis): cấu trúc sáng, cong ở phía trước.
- Niệu đạo (urethra): ống giảm âm nhỏ ngay sau xương mu; cổ bàng quang (bladder neck) ở đầu gần bàng quang.
- Âm đạo (vaginal canal): dải giảm âm nằm sau niệu đạo.
- Trực tràng – ống hậu môn: ống giảm âm ở phía sau; nối với góc hậu môn – trực tràng.
- Thể đáy chậu (perineal body – PB): nốt dày – tăng âm ở đường giữa, trước ống hậu môn.
- Hiatus levator (khe sàn chậu): khoảng mở quanh niệu đạo/âm đạo qua PFM.

(Nam)

- Xương mu – niệu đạo trước (anterior urethra) phía trước; trực tràng – ống hậu môn phía sau; tuyến tiền liệt có thể thấy ở mặt cắt phù hợp (tùy mục đích).

4) Mốc nhận diện – mặt phẳng ngang (axial/coronal)

- Ống hậu môn: hình tròn/oval ở giữa; EAS/IAS là vòng đồng tâm.
- Niệu đạo: chấm/oval giảm âm ở phía trước.
- Bó cơ puborectalis: dải cơ ôm sau ống hậu môn ở mức tương ứng; giúp hình dung gọng "nút kéo" PR.

5) Thao tác động – dynamic maneuvers

- Valsalva (rặn): quan sát đi xuống của cổ bàng quang/niệu đạo, phồng thành âm đạo sau (*rectocele*), dịch chuyển đáy chậu.
- Ho nhẹ: đánh giá độ ổn định cổ bàng quang/niệu đạo và đóng hiatus.
- Co PFM (pelvic floor contraction): quan sát nâng lên – vào trong của đáy chậu, thu nhỏ hiatus; cổ bàng quang đi lên.

6) Đo cơ bản

- Độ di chuyển cổ bàng quang (*bladder – neck descent*): chênh ngang – dọc giữa nghỉ và Valsalva.
- Góc niệu đạo – cổ bàng quang (*posterior urethrovesical angle*): tăng khi Valsalva gợi bất ổn thành trước.
- Đường kính/diện tích hiatus (nếu có thước đo): ở nghỉ, co PFM và Valsalva để so sánh.
- Khoảng PB & GH (tương quan POP – Q): nhận diện PB ngắn/gh rộng trên ảnh gợi ý hiatus rộng.

Mẹo: Luôn đóng băng (freeze) cả 3 trạng thái (nghỉ – co – Valsalva) để so sánh.

7) Mẫu báo cáo tối thiểu

- Tư thế – đầu dò – mặt phẳng: "Nằm ngửa, đầu dò cong 3 – 6 MHz, midsagittal & axial."
- Mốc nhìn thấy: "Pubis, urethra, bladder neck, vaginal canal, perineal body, anal canal; PR nhận diện được ở axial."
- Động tác: "Co PFM → hiatus thu nhỏ, BN đi lên; Valsalva → BN đi xuống 8 mm, thành sau phồng nhẹ."
- Ấn tượng: "Phối hợp PFM đạt; gợi ý bất ổn nhẹ thành trước; khuyến nghị PFMT + The Knack."

8) Lỗi thường gặp & cách khắc phục

- Đè đầu dò quá mạnh → cổ bàng quang không di động → giảm lực tì, thêm gel.
- Mặt phẳng không giữa → mất xương mu/đường niệu đạo → chỉnh lại trục theo xương mu.
- Bàng quang quá căng → hạn chế di động → yêu cầu đi tiểu bớt.
- Báo cáo thiếu trạng thái → khó theo dõi → luôn lưu nghỉ – co – Valsalva.

9) An toàn & thoải mái người bệnh

- Giữ riêng tư, thông báo trước khi chạm và khi đổi mặt phẳng.
- Dừng nếu đau/rát, cho nghỉ khi cần; lau gel sạch, hướng dẫn chăm sóc sau khám.

10) Tự kiểm tra 60 giây

1) Kể 3 mốc bạn phải nhìn thấy ở mặt phẳng giữa.
2) Khi co PFM, hai dấu hiệu chính trên US là gì?
3) Hai lỗi phổ biến khiến cổ bàng quang "không di động" trên màn hình?

Gợi ý thực hành: Lưu 3 ảnh (nghỉ, co, Valsalva) trên cùng một mặt phẳng cho mỗi ca; dùng lại khi giải thích – giáo dục bệnh nhân và theo dõi tiến triển PFMT.

Chương 2 Sinh lý & cơ sinh học

Nếu Chương 1 cho ta "bản đồ" cấu trúc, thì Chương 2 là cách bản đồ ấy sống động khi ta thở, đứng, ho, nâng đồ, đi vệ sinh. Sàn chậu không làm việc một mình; nó cùng nhịp với cơ hoành (vòm trên) và vùng lõi bụng—đặc biệt cơ ngang bụng (TrA)—để giữ áp lực ổ bụng ổn định, đỡ nội tạng và giúp thân mình vững vàng. Khi hiểu được "nhịp phối hợp" này, bạn sẽ thấy nhiều rắc rối tưởng phức tạp thật ra bắt đầu từ vài thói quen rất nhỏ: cách thở, tư thế, và cách dùng lực.

2.1 Trục áp lực ổ bụng (IAP): Hãy hình dung bụng như một quả bóng mềm: cơ hoành là nắp trên, sàn chậu là đáy, thành bóng là cơ bụng. Khi hít vào, nắp hạ xuống, áp lực tăng nhẹ; đáy (sàn chậu) đàn hồi dãn. Khi thở ra, nắp nâng lên; đáy nhẹ nhàng co nâng. Chìa khóa không phải "ép bóng cho mạnh", mà là giữ bóng tròn đều—áp lực phân bố hài hòa, không dồn xuống đáy.

2.2 Phối hợp cơ hoành – TrA – PFM: Trong mỗi nhịp thở, cơ hoành – TrA – sàn chậu "nói chuyện" với nhau. Thở dài, êm, bụng nở đều hai bên, TrA ôm nhẹ vòng bụng, sàn chậu theo nhịp dãn – co tự nhiên. Khi chuẩn bị ho, hắt hơi hay nhấc vật, chỉ cần thở ra khẽ + kéo sàn chậu lên – vào một nhịp ngắn (mẹo "The Knack"), áp lực đã được "chốt" đúng chỗ.

2.3 Cơ chế kiểm soát tiểu/đại tiện: Giữ được "van" không chỉ nhờ sức mạnh, mà nhờ phối hợp đúng lúc. Với tiểu tiện, cổ bàng quang – niệu đạo như chiếc ván võng: khi áp lực tăng đột ngột, hệ đỡ dưới (PFM, mạc) đỡ kịp thì không rò. Với đại tiện, cơ mu – trực tràng (puborectalis) như sợi dây kéo góc hậu môn – trực tràng; thả đúng lúc thì "cánh cửa" mở ra an toàn. Vì vậy, giãn đúng lúc quan trọng không kém co đúng lúc.

2.4 Truyền tải lực & ổn định thân: Sức mạnh thân mình không nằm ở gồng thật cứng, mà ở chuyển lực thông minh: từ chân → qua hông → thân → tay. Khi gập từ hông (hip hinge), giữ lưng thắt lưng trung lập, xếp chồng lồng

ngực ngay trên khung chậu, áp lực không "đổ" xuống sàn chậu. Bạn sẽ thấy: đổi cách cúi nhặt đồ, leo cầu thang, bế em bé… là sàn chậu "thở" nhẹ hơn hẳn.

2.5 Hô hấp, tư thế & vận động chức năng: Ba việc thường ngày—thở, đứng/ngồi, di chuyển—là "bài tập" lớn nhất. Một nhịp thở đủ dài, một tư thế thả lỏng mà vững, một bước chân có chủ đích sẽ cộng lại thành bảo hiểm áp lực cho sàn chậu. Kegel có ích, nhưng Kegel một mình chưa đủ; phải tập Kegel trong nhịp thở, trong tư thế, trong động tác bạn làm mỗi ngày.

Ba điều nhỏ để mang theo khi vào chương này:

- Thở ra rồi hãy làm: trước khi ho – nâng – rướn, thở ra khẽ + kéo sàn chậu lên – vào một nhịp.
- Xếp chồng: xương ức "đứng" trên xương mu, lưng thắt lưng trung lập; tránh nín thở kiểu Valsalva khi gắng sức.
- Co & giãn đều quan trọng: luyện co chất lượng và giãn đúng lúc, vì đóng và mở đều là chức năng bình thường của sàn chậu.

Trong các mục kế tiếp, chúng ta sẽ đi từ IAP (áp lực) → phối hợp cơ hoành – TrA – PFM → cơ chế giữ tiểu/giữ phân → truyền lực – ổn định thân → ứng dụng vào thở, tư thế, động tác hằng ngày. Mục tiêu rất giản dị: để mỗi hơi thở, mỗi bước đi, mỗi lần bạn bế con hay nhấc túi đồ… đều trở thành một lần sàn chậu được hỗ trợ đúng cách.

2.1 Trục áp lực ổ bụng (IAP) – Intra – abdominal pressure mechanics

Mở đầu (hình dung nhanh): Hãy coi bụng như một quả bóng mềm: cơ hoành là *nắp trên*, sàn chậu (PFM) là *đáy*, và cơ bụng – lưng – cân mạc là *thành bóng*.

- Hít vào: nắp hạ xuống → áp lực tăng nhẹ → đáy (PFM) đàn hồi dãn.
- Thở ra: nắp nâng lên → áp lực giảm nhẹ → đáy (PFM) nhẹ nhàng co nâng. Chìa khóa: không phải "ép bóng cho mạnh", mà là giữ bóng tròn đều – áp lực phân bố hài hòa, không dồn xuống đáy.

A. Cấu phần của "quả bóng mềm"

- Nắp trên: Cơ hoành (diaphragm) – điều khiển nhịp áp lực theo hơi thở.
- Thành bóng: Cơ ngang bụng (TrA), cơ chéo, cơ thẳng bụng, cơ lưng sâu (multifidus), cân mạc.
- Đáy bóng: Cơ sàn chậu (PFM) – nền đỡ và "van" cuối.

B. Nhịp IAP theo hơi thở

- Hít vào: cơ hoành hạ, IAP tăng nhẹ, PFM dãn đàn hồi.
- Thở ra: cơ hoành nâng, IAP giảm nhẹ, PFM co nâng tự nhiên.
- Gắng sức (ho, nâng, bật dậy): hãy thở ra khẽ + kéo PFM lên – vào 0.5 – 1 giây trước (*The Knack*) để "khóa áp lực" đúng chỗ.

C. Hai thói quen làm áp lực dồn xuống sàn chậu

- Nín thở kiểu Valsalva khi nâng/đẩy mạnh → IAP vọt thẳng xuống đáy.
- Ưỡn lưng – ngửa sườn (xếp chồng kém) → áp lực đổ về trước – dưới, cổ bàng quang kém ổn định.

D. Bài thực hành 1: "Thở 4 – 6"

Tư thế: lưng trung lập; một tay ở ngực, một tay ở bụng dưới. Cách làm (5 – 8 nhịp):

- Hít mũi 3 – 4 giây: bụng nở đều hai bên (không phồng ngực trên).
- Thở ra 4 – 6 giây: hạ sườn, nhẹ kéo PFM lên – vào ~30 – 40% sức. Cảm giác đúng: bụng xẹp nhẹ, đáy chậu nhấc lên dịu, không gồng đùi/mông.

E. Bài thực hành 2: "Thở + The Knack" (ứng dụng khi ho/nâng)

Chuẩn bị tư thế: "xếp chồng" – xương ức trên xương mu, hông trung lập. Trình tự:

- Thở ra khẽ.
- Kéo PFM lên – vào ngắn 0.5 – 1 giây.

- Ho/nhấc/lên khỏi ghế ngay sau đó. Mục tiêu: áp lực khóa ở nắp – thành, không dồn xuống đáy.

F. Tự kiểm tra nhanh

- Khi hít vào, bạn có gồng bụng/siết mông (PFM không dãn)? → nếu có, thả lỏng, tập cảm giác bụng nở ngang.
- Khi đứng lên khỏi ghế, bạn có nín thở? → thử thở ra + kéo PFM trước.
- Khi ho/hắt hơi, thử The Knack: rò/đau có giảm? → bạn đang quản lý IAP tốt hơn.

G. Lỗi thường gặp & cách sửa

- Kéo PFM quá mạnh/quá lâu → mỏi, tăng căng → chỉ nhẹ – ngắn – đúng lúc.
- Hóp bụng trên – nâng sườn → áp lực lệch → luyện hạ sườn, "nở ngang" khi hít vào.
- Gồng mông/đùi thay vì PFM → đặt tay lên mông/đùi để nhắc thả lỏng.

H. Ứng dụng lâm sàng ngắn gọn

- SUI/POP nhẹ: thường "khóa áp lực" chậm khi ho/chạy → tập Thở + The Knack.
- Đau sàn chậu/tăng trương lực: thở nông, PFM không dãn khi hít vào → cần down – training với Thở 4 – 6.
- Hậu sản/đau lưng: học xếp chồng + hip hinge để chia áp lực, đỡ đè đáy chậu.

I. Ghi nhớ

- Không ép bóng cho mạnh—hãy giữ bóng tròn đều.
- Thở ra trước – rồi mới làm.
- PFM phải biết cả co và giãn theo nhịp thở.

2.2 Phối hợp cơ hoành – TrA – PFM – Diaphragm – Transversus abdominis – Pelvic floor synergy

Mở đầu (hình dung nhanh): Trong mỗi nhịp thở, cơ hoành (diaphragm) – cơ ngang bụng (Transversus abdominis, TrA) – cơ sàn chậu (Pelvic floor muscles, PFM) luôn "nói chuyện" với nhau. Thở dài, êm, bụng nở đều hai bên, TrA ôm nhẹ vòng bụng, PFM dãn – co tự nhiên. Khi chuẩn bị ho, hắt hơi, nhấc vật, chỉ cần thở ra khẽ + kéo PFM lên – vào một nhịp ngắn (*The Knack*), áp lực đã được chốt đúng chỗ—không dồn xuống đáy.

A. Ai làm gì trong "cuộc trò chuyện" này?

- Cơ hoành (vòm trên): dẫn nhịp IAP theo hơi thở (hít vào hạ xuống, thở ra nâng lên).
- TrA (thành bóng): ôm nhẹ 360° quanh bụng, dàn áp lực đều; kích hoạt nhẹ – bền.
- PFM (đáy): dãn khi hít vào, co nâng khi thở ra; đóng – mở đúng lúc khi gắng sức.

B. Nhịp tự nhiên (3 bước – 1 chu kỳ)

- Hít vào: cơ hoành hạ → bụng nở ngang; TrA ôm nhẹ; PFM dãn đàn hồi (không siết).
- Thở ra: cơ hoành nâng → TrA giữ ôm nhẹ; PFM co nâng nhẹ nhàng.
- Chuẩn bị gắng sức: thêm The Knack (*thở ra khẽ + kéo PFM lên – vào 0.5 – 1s trước hành động*).

C. The Knack – Cách làm đúng trong 3 giây

- Tư thế: "xếp chồng" – xương ức trên xương mu, hông trung lập.
- Thở ra khẽ → 2) Kéo PFM lên – vào (30 – 40% sức, rất ngắn) → 3) Thực hiện động tác (ho/nhấc/lên khỏi ghế).
- Cảm giác đúng: bụng không phồng mạnh, hạ sườn, đáy chậu nhấc lên dịu; không gồng mông/đùi.

D. Bài thực hành tìm "nhịp phối hợp"

Bài 1 – Thở 360° (nằm hoặc ngồi, 6 – 8 nhịp):

- Tay ôm hai bên sườn. Hít vào: nở ngang vào lòng bàn tay. Thở ra: hạ sườn, kéo PFM lên – vào nhẹ 1 – 2 giây cuối.

Bài 2 – "Hơi gió dài" (âm "ss/fff", 5 – 6 nhịp):

- Thở ra kéo dài bằng "ss" hoặc "fff"; cảm TrA ôm nhẹ bụng. Cuối hơi, nhấp PFM lên – vào ngắn.

Bài 3 – March nằm ngửa (8 – 10 lần):

- Hít vào chuẩn bị; thở ra + PFM nhẹ rồi nhấc một chân (gối 90°) không làm lưng ưỡn/gù.

E. Kiểm tra xem bạn đã "nối sóng" được chưa

- Ho thử 3 lần: lần 1 bình thường; lần 2 The Knack; lần 3 The Knack + xếp chồng → rò/đau/ức chế giảm = đúng sóng.
- Ngồi → đứng 5 lần: nếu không nín thở, cảm bụng ôm nhẹ, đáy chậu nhấc dịu → đạt.

F. Lỗi thường gặp & cách sửa

- Nín thở khi gắng sức → dạy "thở ra rồi mới làm".
- Gồng cơ thẳng bụng/chéo → bụng phồng trước → nhắc nở ngang – hạ sườn, TrA ôm nhẹ 360°.
- Đẩy xuống (bearing down) thay vì kéo lên → đặt tay ở đáy chậu để cảm nhấc lên.
- Gồng mông/đùi giả PFM → đặt tay lên mông/đùi nhắc thả lỏng.
- Co PFM quá mạnh/quá lâu → chỉ 30 – 40%, rất ngắn, đúng thời điểm.

G. Tích hợp vào sinh hoạt (mỗi ngày vài chục lần)

- Ho/hắt hơi: thở ra khẽ + nhấp PFM + ho/hắt hơi.
- Bế em bé/nhấc túi: xếp chồng → thở ra + PFM → nâng bằng hông (hip hinge).

- Lên khỏi ghế: thở ra + PFM → đứng lên (không chúi ngực, không nín thở).
- Cầu thang: mỗi bậc thở ra ngắn + PFM nhẹ khi đạp chân lên.

H. Tiến triển (progression) gọn

- Tư thế: nằm → ngồi → đứng → động tác (squat nông, lunge nhẹ).
- Nhịp: 5 – 8 hơi/bài × 2 – 3 lần/ngày.
- Mục tiêu: nhịp đúng quan trọng hơn siết mạnh.

I. Trường hợp đặc biệt (gợi ý)

- Hậu sản/đau lưng: ưu tiên thở 360° + hip hinge + The Knack.
- Ho mạn/COPD: rải The Knack nhiều lần/ngày, tránh Valsalva.
- Táo bón: học giãn PFM theo hít vào, thở ra dài khi rặn đúng tư thế.
- J. Ghi nhớ mang theo
- Nhịp thở dẫn đường – PFM theo sau.
- Thở ra rồi mới làm (The Knack).
- Ôm nhẹ 360° (TrA), kéo nhẹ – ngắn (PFM) → áp lực được chốt, không dồn xuống đáy.

2.3 Cơ chế kiểm soát tiểu/đại tiện – Continence mechanisms (urinary & fecal)

Ý chính: Giữ được "van" không chỉ nhờ sức mạnh, mà chủ yếu nhờ phối hợp đúng lúc giữa áp lực trong bụng (IAP), cơ sàn chậu (PFM), các cơ thắt, mạc/"ván võng" nâng đỡ, và trương lực bàng quang – trực tràng. Giãn đúng lúc quan trọng không kém co đúng lúc.

A. Kiểm soát tiểu tiện – "ván võng" cổ bàng quang – niệu đạo

1) Thành phần giữ nước tiểu

- Ván võng (hammock): mạc mu – cổ bàng quang (pubocervical fascia) + ATFP đỡ thành trước âm đạo/cổ bàng quang.
- Cơ thắt niệu đạo ngoài (EUS) và nhóm cơ quanh niệu đạo (ở nữ gồm *compressor urethrae*, *urethro – vaginal sphincter*) tạo lực khép lòng niệu đạo.

- Áp lực truyền xuống: khi tăng IAP (ho, hắt hơi), áp lực thành bụng được truyền đều lên bàng quang và niệu đạo nếu ván võng vững → không rò.

2) Khi nghỉ – khi gắng sức – khi đi tiểu

- Lúc nghỉ: EUS có trương lực nền; niệu đạo đóng mềm nhờ lớp niêm mạc – mạch máu (coaptation).
- Gắng sức (ho, chạy): nếu PFM co ngắn + The Knack đúng thời điểm → cổ bàng quang nâng – niệu đạo khép → không són.
- Đi tiểu: PFM & EUS giãn, đáy chậu hạ nhẹ, cổ bàng quang mở; sau đó bàng quang (detrusor) co đẩy nước tiểu ra.

3) Mất phối hợp thường gặp

- SUI (són gắng sức): ván võng yếu/hiatus rộng → áp lực "đè" cổ bàng quang vượt lực khép niệu đạo.
- UUI (tiểu gấp): ức chế kém bàng quang (detrusor overactivity); PFM không kịp "đệm thắng".

4) Thực hành nhanh

- SUI: tập The Knack (thở ra khẽ + nhấp PFM 0.5 – 1s trước ho/nhảy), PFMT có cấu trúc, tối ưu xếp chồng.
- UUI: dừng – thở – thư giãn 5 – 6 nhịp, nhấp PFM 3 – 5 lần nhẹ để ức chế phản xạ gấp, đợi sóng gấp qua rồi mới đi.

B. Kiểm soát đại tiện – "dây kéo" góc hậu môn – trực tràng

1) Thành phần giữ phân

- Cơ thắt hậu môn trong (IAS): cơ trơn, trương lực nền tự động (giữ kín khi nghỉ).
- Cơ thắt hậu môn ngoài (EAS): cơ vân, tự chủ (siết tăng khi cần).
- Cơ mu – trực tràng (PR – puborectalis): ôm sau chỗ nối hậu môn – trực tràng, tạo góc anorectal ~80 – 100° → như "dây kéo" giữ cửa đóng.

- Cảm nhận trực tràng (distension) + độ nhớt – độ đặc phân (stool form) cũng quyết định "van" có giữ được không.

2) Khi nghỉ – khi mót – khi đi tiêu

- Lúc nghỉ: IAS giữ nền, PR tạo góc hẹp, EAS nhẹ co.
- Khi mót: thư giãn PR & EAS đúng lúc → góc mở; tư thế thuận (ngồi có kê chân) + thở ra dài → tống thải dễ.
- Sau khi xong: PFM co nâng lại, góc hẹp trở về.

3) Mất phối hợp thường gặp

- Táo bón do co nghịch (dyssynergia/anismus): PR không giãn khi rặn → cửa vẫn đóng dù tăng áp lực.
- FI (són phân): IAS/EAS/PR yếu, hoặc phân quá lỏng, cảm nhận kém.

4) Thực hành nhanh

- Khi mót đúng: hít vào bụng nở, thở ra dài (âm "sss/fff"), thả PR/EAS; tư thế gối cao (kê ghế nhỏ) để mở góc.
- Dyssynergia: ưu tiên down – training (thư giãn theo nhịp thở), tập nhả PR trước khi tăng lực tống.

C. "Co đúng – giãn đúng": nguyên tắc vàng

Tình huống	**Mục tiêu "van"**	**PFM/PR & cơ thắt**	**Hơi thở & áp lực**
Ho, hắt hơi, nhảy	Giữ kín tức thời	Nhấp PFM/EUS ngắn (The Knack)	Thở ra khẽ trước động tác
Tiểu gấp (UUI)	Hoãn sóng gấp	Nhấp PFM nhẹ 3 – 5 lần + thư giãn	Thở chậm 5 – 6 nhịp, xao nhãng

Tình huống	Mục tiêu "van"	PFM/PR & cơ thắt	Hơi thở & áp lực
Đi tiêu	Mở cửa an toàn	Thư giãn PR/EAS, không gồng	Hít nở – thở ra dài, tư thế kê chân

D. Hướng dẫn cực ngắn cho người bệnh (dễ nhớ)

- Trước ho/nhấc: *"Thở ra + kéo nhẹ lên – vào"* (The Knack).
- Khi gấp: *"Dừng – thở chậm – nhấp nhẹ – đợi sóng qua"*.
- Khi đi tiêu: *"Hít nở – thở dài – thả lỏng – mở góc (kê chân)"*.

E. Kiểm tra tự thân 60 giây

- Khi ho 3 lần, lần 2 dùng The Knack, lần 3 thêm xếp chồng → rò/đau giảm?
- Khi mót gấp, thử thở chậm + nhấp PFM 20 – 30 giây → cơn gấp dịu?
- Khi đi tiêu, kê chân + thở ra dài → bớt rặn, ra dễ?

F. Lỗi thường gặp & cách sửa

- Chỉ tập "siết" mà không học "thả" → tăng đau/táo bón → thêm bài giãn PR/EAS, thở 360°.
- Nín thở kiểu Valsalva mỗi khi gắng sức → IAP dồn xuống đáy → nhắc "thở ra rồi mới làm".
- Gồng mông/đùi thay vì PFM/EAS → đặt tay kiểm soát, thả mông – đùi, tập cảm giác kéo lên dịu ở đáy chậu.

G. Cờ đỏ (chuyển tuyến)

- Bí tiểu cấp, tiểu máu, đau cấp/sốt, chảy máu hậu môn bất thường, sụt cân không chủ ý, dấu cauda equina (tê yên ngựa, yếu chân, mất kiểm soát tiêu tiểu). → Cần đánh giá y khoa khẩn/có hẹn tùy mức độ.

Kết luận ngắn: “Van” tiểu – đại tiện hoạt động tốt nhờ phối hợp thời điểm giữa PFM/PR – cơ thắt – mạc nâng đỡ – IAP. Hãy luyện co đúng lúc và giãn đúng lúc, đưa The Knack, thở 360°, và tư thế thuận lợi vào mọi hoạt động hằng ngày.

2.4 Truyền tải lực & ổn định thân – Load transfer & trunk stability

Ý chính: Sức mạnh thân mình không nằm ở gồng thật cứng, mà ở chuyển lực thông minh theo chuỗi: chân → hông → thân → tay. Khi gập từ hông (hip hinge), giữ thắt lưng trung lập, xếp chồng lồng ngực ngay trên khung chậu, áp lực không “đổ” xuống sàn chậu.

A. Sơ đồ 1 – Chuỗi truyền lực “đúng hướng”

Mặt đất

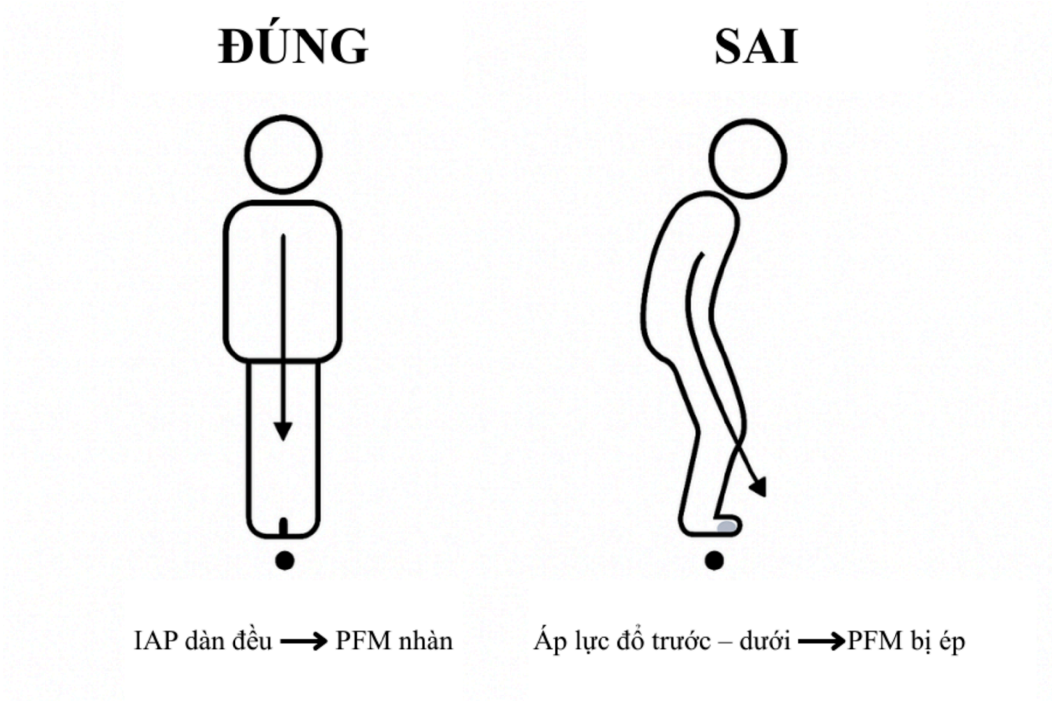
↑ (phản lực)

BÀN CHÂN → CẲNG CHÂN → ĐÙI → HÔNG → THÂN (TrA/đa liên) → VAI → TAY → VẬT

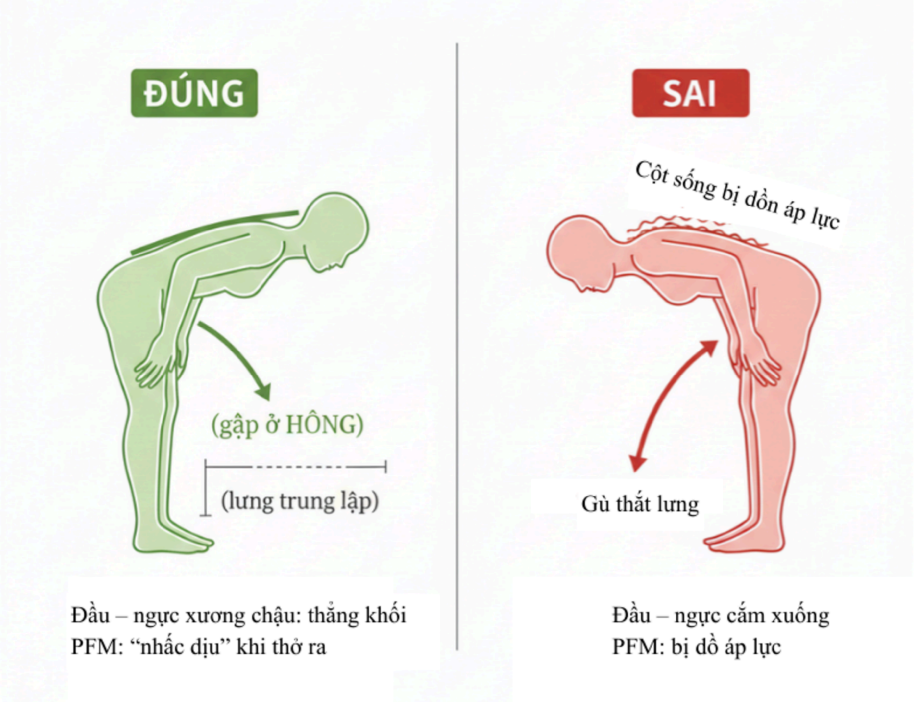
(PFM đồng bộ nâng đỡ ở đáy)

- Lực đi từ chân lên, đi qua hông rồi mới vào thân.
- PFM chỉ "đỡ nền" nhẹ – đúng lúc, không phải gánh hết.

B. Sơ đồ 2 – "Xếp chồng" (stacking) để áp lực dàn đều



C. Sơ đồ 3 – Hip hinge (gập từ hông) vs gập lưng



- Quy tắc: cúi = gập hông, không gập lưng.
- Khi đứng lên: đạp chân + duỗi hông, thở ra + The Knack.

D. Sơ đồ 4 – "Nhịp hành động" với The Knack (3 giây)

Giây -1 Giây 0 Giây +1

THỞ RA → NHẤP PFM → THỰC HIỆN (nhấc/ho/đứng lên)

(khẽ) (0.5–1s) (hip hinge, lưng trung lập)

- Mục tiêu: khóa áp lực ở nắp–thành, không dồn xuống đáy.

E. Sơ đồ 5 – Leo cầu thang/bế em bé (ứng dụng nhanh)

[Leo cầu thang]

Bậc thang → Đặt chân → THỞ RA NGẮN + PFM → Đạp chân → Duỗi hông

(mỗi bậc 1 nhịp nhỏ)

[Bế em bé]

Xếp chồng → Thở ra + PFM → Hinge hông ôm sát vật → Đạp chân đứng lên

F. 3 bài thực hành (mỗi bài 1 – 2 phút)

- Tường – stacking check (30s × 3): Đứng tựa gót – mông – lưng – chẩm vào tường → hạ sườn, xương ức trên xương mu → hít vào "nở ngang", thở ra nhấp PFM nhẹ.
- Gậy dọc lưng – hip hinge (10 – 12 lần): Gậy chạm chẩm – lưng – xương cùng; giữ 3 điểm chạm khi gập – duỗi hông. Thở ra + nhấp PFM khi đứng lên.
- Hộp 5 – 10 kg giả lập (8 – 10 lần): Đặt hộp giữa chân, hinge hông – nắm hộp – thở ra + PFM – đứng lên. Tránh nhấc bằng lưng.

G. Lỗi thường gặp & cách sửa

- Nín thở/"rặn" khi nhấc → dạy "thở ra rồi mới làm".
- Hóp bụng trước – sườn hất → nhắc hạ sườn – nở ngang (TrA ôm nhẹ 360°).
- Gồng mông/đùi kéo dài → nhắc thả lỏng mông, tập duỗi hông chủ động.
- Ngửa cổ, trồi vai → giữ cằm thu nhẹ, vai hạ.

H. Tự kiểm nhanh (60 giây)

- Thử nhặt đồ 2 lần: lần 1 bình thường; lần 2 thở ra + PFM + hip hinge → lưng/đáy chậu dễ chịu hơn?
- Lên 5 bậc thang: mỗi bậc thở ra ngắn + PFM → bớt nặng đáy chậu?
- Tư thế đứng: xương ức trên xương mu chưa? Sườn đã hạ chưa?

Kết luận ngắn: Đổi cách chuyển lực (chân → hông → thân → tay), cộng với xếp chồng và The Knack, sẽ giúp sàn chậu "thở" nhẹ hơn trong mọi việc thường ngày: cúi – nhấc – bế con – leo cầu thang.

2.5 Hô hấp, tư thế & vận động chức năng – Breathing, posture & functional movement

Ý chính: Ba việc thường ngày—thở, đứng/ngồi, di chuyển—là "bài tập" lớn nhất cho sàn chậu. Một nhịp thở đủ dài, một tư thế thả lỏng mà vững, một bước chân có chủ đích sẽ cộng lại thành bảo hiểm áp lực cho PFM. Kegel có ích, nhưng Kegel một mình chưa đủ; hãy tập Kegel trong nhịp thở, trong tư thế, trong chính động tác bạn làm mỗi ngày.

A. Hô hấp: nền tảng điều áp (IAP)

- Mục tiêu: thở dài – êm – nở ngang, để cơ hoành dẫn nhịp, TrA ôm nhẹ 360°, PFM dãn – co tự nhiên.
- Bài "Thở 360°" (6 – 8 nhịp):

  + Hít mũi 3 – 4s: cảm 2 bên hông – sườn nở ngang (không nhô ngực trên).

  + Thở ra 4 – 6s: hạ sườn, kéo PFM lên – vào nhẹ 30 – 40% cuối hơi.

- Bài "Hơi gió dài" (5 – 6 nhịp): thở ra bằng âm "ss/fff" cho dài – đều; cuối hơi nhấp PFM ngắn.

Lỗi thường gặp & sửa:

- Hóp bụng trước, nâng sườn → *nhắc "nở ngang – hạ sườn"*.
- Siết PFM quá mạnh/quá lâu → *chỉ nhẹ – ngắn – đúng lúc*.
- Nín thở khi gắng sức → *"thở ra rồi mới làm"* (The Knack).

B. Tư thế: "xếp chồng" để dàn áp lực

- Chuẩn: xương ức trên xương mu, thắt lưng trung lập, đầu – vai thả.
- Kiểm nhanh (30s x 3): đứng tựa gót – mông – lưng – chẩm vào tường → hạ sườn, giữ cằm thu nhẹ.
- Ngồi làm việc: ngồi trên xương ngồi, bàn chân chạm đất, màn hình ngang mắt; mỗi 30 – 45 phút đứng dậy thở 3 nhịp 360°.

Lỗi thường gặp & sửa:

- Ưỡn lưng – sườn hất → hạ sườn, thả mông, xếp chồng lại.
- Gù lâu → đứng "reset tường" 30 giây, thở 3 nhịp.

C. Vận động chức năng: lồng Kegel vào động tác

Nguyên tắc chung:

- Nhịp hành động 3 giây: Thở ra khẽ → Nhấp PFM (0.5 – 1s) → Thực hiện.
- Ưu tiên gập hông (hip hinge), tránh gập lưng.

1) Ngồi → Đứng (Sit – to – stand) – 8 – 10 lần

- Chuẩn bị: xếp chồng, chân mở bằng hông.
- Thực hiện: *thở ra + nhấp PFM* → nghiêng thân nhẹ – đạp chân – đứng lên; ngồi xuống hít vào.

2) Nhặt đồ/nhấc túi – 6 – 8 lần

- Hinge hông, lưng trung lập, vật sát người.
- Thở ra + PFM trước khi nhấc, đạp chân đứng lên.

3) Leo cầu thang – 1 tầng

- Mỗi bậc: thở ra ngắn + PFM → đạp chân lên bậc kế.

4) Ho/hắt hơi – khi cần

- Thở ra khẽ + nhấp PFM ngay trước cơn ho/hắt hơi.

5) Đi bộ có chủ đích – 5 – 10 phút

- Nhịp: mũi – mũi hoặc mũi – miệng; hạ sườn, tay đung đưa nhẹ; mỗi 10 – 15 bước thở ra ngắn + nhấp PFM.

D. Tích hợp PFMT (Kegel) vào ngày thường

- Co chậm giữ: 5 – 10 giây × 8 – 12 lần (2 – 3 hiệp/ngày), nằm → ngồi → đứng → động tác.
- Co nhanh (quick flicks): 10 lần × 2 – 3 hiệp/ngày; dùng trước ho/nhấc (The Knack).
- Giãn có chủ đích: mỗi giờ 3 nhịp thở 360°, để PFM dãn theo hít vào (down – training).

Mốc chất lượng: cảm "kéo lên – vào dịu", không gồng mông/đùi/bụng trên, không nín thở.

E. Chương trình "3 – 3 – 3" (gợi ý hàng ngày)

- 3 lần/ngày: thở 360° 6 – 8 nhịp.
- 3 tình huống: *ngồi→đứng*, *nhặt/nhấc*, *cầu thang* – áp dụng nhịp 3 giây (thở ra + PFM → làm).
- 3 kiểm tra nhanh: cuối ngày tự hỏi
  + Mình có nín thở khi gắng sức không?
  + Mình đã hạ sườn – nở ngang khi hít vào chưa?
  + Mình có nhấp PFM trước ho/nhấc không?

F. Tình huống đặc biệt (gợi ý ngắn)

- Hậu sản: ưu tiên thở 360°, hip hinge, tải nhẹ, tăng dần theo dung nạp; chú ý sẹo tầng sinh môn.
- Ho mạn/COPD: tránh Valsalva; The Knack lặp lại nhiều lần trong ngày.
- Đau sàn chậu/tăng trương lực: tăng bài giãn – thở; giảm cường độ Kegel; tập nhả đúng lúc khi đi tiêu.

G. Lỗi thường gặp & cách sửa

- Kegel rời rạc (không gắn hơi thở/động tác) → *ghép vào nhịp 3 giây*.
- Siết quá mạnh/quá lâu → mỏi, tăng đau → *giảm xuống 30 – 40%, ưu tiên chất lượng*.
- Gập lưng khi cúi → *đổi sang hip hinge; vật sát người*.
- Giữ tư thế "đẹp" nhưng căng → *"vững mà mềm": xếp chồng + thả cổ vai hàm*.

H. Ghi nhớ mang theo

- Thở dẫn đường – PFM theo sau.
- Thở ra rồi mới làm (The Knack).
- Kegel trong nhịp thở, trong tư thế, trong động tác – mỗi ngày, nhiều lần, nhẹ mà đều.

Ba điều nhỏ để mang theo khi vào chương này: luôn thở ra rồi hãy làm—trước khi ho, nâng hay rướn, hãy thở ra khẽ và kéo sàn chậu lên – vào một nhịp; giữ xếp chồng đúng—xương ức "đứng" trên xương mu, thắt lưng trung lập, tránh nín thở kiểu Valsalva khi gắng sức; và nhớ co & giãn đều quan trọng—luyện co chất lượng, giãn đúng lúc, vì đóng và mở đều là chức năng bình thường của sàn chậu.

Chương 3 Thần kinh & mạch máu – Neurovascular anatomy

Mục tiêu sau chương:

- Vẽ được đường đi dây thần kinh thẹn (pudendal, S2 – S4) và mối liên hệ với gai hông – dây chằng cùng – gai – ống Alcock.
- Kể tên các nhánh của TK thẹn và vùng chi phối cảm giác/vận động chính.
- Tóm tắt hệ mạch thẹn trong (internal pudendal) và những biến thể có ý nghĩa lâm sàng.
- Nhận diện cơ chế kẹt/chèn thần kinh thường gặp.
- Thực hành các test giường bệnh gợi ý tổn thương TK (anal wink, bulbocavernosus reflex, cảm giác S2 – S4, "Tinel pudendal"…).

3.1 Dây TK thẹn & đám rối cùng – Pudendal nerve & sacral plexus

Xuất xứ: TK thẹn xuất phát chủ yếu từ S2 – S4 (đám rối cùng). Đường đi "3 cửa – 1 ống": rời chậu qua khuyết ngồi lớn (greater sciatic foramen) dưới cơ hình lê, vòng sau dây chằng cùng – gai ở gai hông, rồi vào lại chậu qua khuyết ngồi bé (lesser sciatic foramen) và chạy trong ống Alcock (pudendal canal) trên mạc cơ bịt trong (obturator internus fascia).

S2 – S4 → (ra) Khuyết ngồi lớn ↓ dưới cơ hình lê

→ vòng quanh gai hông & dây chằng cùng – gai

→ (vào) Khuyết ngồi bé

→ Ống Alcock dọc mạc cơ bịt trong

→ chia nhánh tận ở đáy chậu

Liên quan quan trọng:

- Gai hông (ischial spine) & dây chằng cùng – gai (sacrospinous) = "điểm hẹp" dễ chèn ép.
- Ống Alcock = hành lang cân – mạc, dày dính có thể siết TK/mạch đi kèm.
- Levator ani chủ yếu do nhánh đám rối cùng (S3 – S4) chi phối (*nerve to levator ani*), không phải TK thẹn → giải thích vì sao PFM có thể hoạt động dù TK thẹn tổn thương một phần.

3.2 Phân nhánh & vùng chi phối – Branches & innervation fields

Ba nhánh tận điển hình của TK thẹn:

Nhánh (Anh – Việt)	Vận động	Cảm giác	Dấu hiệu khi tổn thương
Inferior rectal – Thần kinh hậu môn dưới	EAS (cơ thắt hậu môn ngoài)	Da quanh rìa hậu môn	Giảm/mất anal wink, són phân gắng sức
Perineal – Thần kinh đáy chậu (nông & sâu)	Cơ tầng nông/giữa (bulbospongiosus, ischiocavernosus, transverse perineal, một phần EUS)	Da đáy chậu, bìu sau/môi lớn sau	Đau/dị cảm đáy chậu, yếu co nhanh PFM
Dorsal nerve of clitoris/penis – TK lưng âm vật/ dương vật	Chủ yếu cảm giác	Âmvật/ dương vật	Giảm cảm giác, đau rát tăng khi ngồi

Gợi ý vùng da S2 – S4 ("yên ngựa"): quanh hậu môn – đáy chậu – phần sau cơ quan sinh dục ngoài.

3.3 Mạch máu chính & biến thể – Vascular supply & variants

Động mạch thẹn trong (internal pudendal artery) xuất phát từ động mạch chậu trong, đi chung "đường 3 cửa – 1 ống" với TK thẹn (ra lớn – vòng gai hông – vào bé – ống Alcock). Nhánh chính:

- Inferior rectal a. (hậu môn dưới)

- Perineal a. (đáy chậu)
- Artery to bulb (động mạch hành)
- Deep & dorsal a. of clitoris/penis (sâu & lưng âm vật/dương vật)

Biến thể thường gặp & ý nghĩa:

- Phụ (accessory) pudendal a.: nhánh phụ nuôi dương vật/âm vật; quan trọng trong phẫu thuật vùng chậu (tránh tổn thương → hạn chế rối loạn chức năng tình dục).
- Biến thể nguyên ủy inferior rectal: có thể tách cao/thấp hơn → lưu ý khi can thiệp quanh hố ngồi – hậu môn.

3.4 Cơ chế kẹt chèn thần kinh – Entrapment mechanisms

Vị trí dễ kẹt:

- Gai hông – dây chằng cùng – gai/cùng – ụ ngồi: chèn giữa hai dây chằng.
- Ống Alcock: dày dính mạc, sẹo, tăng áp lực kéo dài.
- Đường đi trong tam giác đáy chậu: đè ép do tư thế/dụng cụ.

Yếu tố nguy cơ/khởi phát:

- Ngồi lâu – đạp xe đường dài, yên cứng/nâng mũi yên.
- Tư thế sản khoa kéo dài (lithotomy), phẫu thuật chậu, sẹo sau sinh.
- U nang/khối choán chỗ, chấn thương, tụ máu hố ngồi – hậu môn.

Triệu chứng gợi ý (kiểu "Nantes" – tóm tắt dễ nhớ):

- Đau/rát/dị cảm đáy chậu – âm vật/dương vật – quanh hậu môn, tăng khi ngồi, giảm khi đứng/năm/ngồi trên bồn cầu.
- Ít đánh thức ban đêm (nếu đang ngủ).
- Khám thần kinh thường bình thường (cảm giác thô không mất rõ), nhưng ấn vào vùng gai hông có thể tái hiện đau ("Tinel pudendal").
- Có thể kèm rối loạn chức năng: đau giao hợp, tiểu gấp/tiểu khó, cảm giác cộm dị vật đường sinh dục.

Phân biệt/cờ đỏ: yếu chi tiến triển, bí tiểu cấp, tiểu máu, sốt/đau cấp → chuyển tuyến khẩn.

3.5 Hộp lâm sàng: test gợi ý tổn thương TK – Clinical pearls: nerve tests

An toàn & tôn trọng: xin đồng thuận rõ ràng, giải thích từng bước, cân nhắc chaperone. Ghi chép theo mặt đồng hồ.

1) Khai thác nhanh gợi ý thần kinh
   - Tăng khi ngồi – giảm khi đứng/ngồi bồn cầu?
   - Vị trí đau/tê/rát: quanh 3 – 9h ở đáy chậu/bìu sau/môi lớn sau/âm vật – dương vật.
   - Triệu chứng đi kèm: tiểu gấp/khó khởi đầu, đau giao hợp, són phân gắng sức.
2) Cảm giác S2 – S4 (light touch/pinprick)
   - Dùng bông/tăm bông: so sánh hai bên vùng quanh hậu môn – đáy chậu – cơ quan sinh dục ngoài.
   - Ghi giảm/tăng cảm giác theo khu vực chi phối từng nhánh.
3) Phản xạ quanh hậu môn – đáy chậu
   - Anal wink (S2 – S4): chạm/châm kim nhỏ vùng da quanh 3 – 9h, quan sát co EAS.
   - Bulbocavernosus reflex – BCR (S2 – S4):
     + Nữ: chạm/kẹp nhẹ âm vật → co EAS.
     + Nam: bóp nhẹ quy đầu → co EAS.
   - Cough reflex: yêu cầu ho nhẹ → quan sát đóng – nâng đáy chậu tức thời.
4) Trương lực & vận động cơ thắt
   - Tone EAS/PFM (khám trong – khi phù hợp): đánh giá co tự ý (Oxford 0 – 5), co nhanh (quick flicks), giữ 5 – 10s.
   - Mệt sớm/đau điểm ghi theo mặt đồng hồ.
5) Dấu hiệu gợi ý kẹt TK thẹn
   - Tinel pudendal: ấn sâu qua ngả âm đạo/trực tràng lên vùng gai hông/dây chằng cùng – gai → điện giật/lan theo đường TK.
   - Test ngồi – đứng: đau tăng khi ngồi, giảm rõ khi đứng/ngồi bồn cầu.

- Phong bế chẩn đoán (pudendal nerve block): giảm đau tạm thời >50% gợi ý liên quan TK thẹn (thực hiện bởi chuyên khoa).

6) Khi nào chuyển tuyến?

- Nghi kẹt TK thẹn không đáp ứng bảo tồn 6 – 8 tuần.
- Rối loạn cơ thắt nặng, són phân đáng kể, đau tăng nhanh, nghi khối choán chỗ.
- Cần chẩn đoán hình ảnh/điện sinh lý (US/MRI thần kinh, PNTML) hoặc tiêm phong bế.

Thực hành & mẹo lâm sàng ngắn

- Biến đổi ghế/yên xe: ghế lõm giữa/đệm rãnh trung tâm; giảm áp vùng đáy chậu.
- Gián đoạn tư thế ngồi: mỗi 30 – 45 phút đứng dậy thở 360° vài nhịp.
- PFM: down – training + quick flicks đúng lúc (The Knack) theo triệu chứng chi phối.
- Giáo dục giải phẫu bằng sơ đồ "3 cửa – 1 ống" giúp bệnh nhân hiểu vì sao ngồi/đạp xe làm nặng đau.

Tóm tắt mang theo:

- TK thẹn S2 – S4 đi kiểu ra lớn – vòng gai hông – vào bé – ống Alcock, chia 3 nhánh chính.
- Mạch thẹn trong đồng hành TK, cấp máu hậu môn – đáy chậu – cơ quan sinh dục, có biến thể quan trọng.
- Kẹt/chèn thường ở gai hông/dây chằng và ống Alcock; đau tăng khi ngồi, giảm khi đứng/bồn cầu là gợi ý mạnh.
- Anal wink, BCR, cảm giác S2 – S4, Tinel pudendal là các viên đá thử vàng tại giường.

Chương 4 Sinh học mô liên kết & thích nghi tải – Connective tissue biology & load adaptation

Mục tiêu sau chương:

- Hiểu thành phần ma trận ngoại bào (ECM) của mô liên kết sàn chậu và đặc tính đàn – nhớt (viscoelastic).
- Nắm tác động của nội tiết – thai kỳ lên mô nâng đỡ (mạc, dây chằng, cân).
- Nhận biết thay đổi theo tuổi hoá – giảm estrogen và hệ quả lâm sàng.
- Ứng dụng nguyên tắc tải – hồi phục mô để lên kế hoạch tập/hoạt động an toàn – hiệu quả.

4.1 Collagen, elastin & ma trận ngoại bào – Collagen, elastin & extracellular matrix (ECM)

A. Thành phần chính (nhớ theo "3M"):

- Matrix (nền): nước + glycosaminoglycans (GAGs) + proteoglycans → quyết định độ ẩm/đệm.
- Microfibrils (sợi):

+ Collagen type I (bền kéo, "dây thừng") – nhiều ở dây chằng/bao mạc.

+ Collagen type III (mềm hơn, "lưới đỡ") – nhiều ở mô sửa chữa sớm, mạc mỏng.

+ Elastin (đàn hồi, "dây thun") – cho độ bật lại của mô.

- Modulators (điều hoà): MMP/TIMP, cross – link (liên kết chéo), integrins (cảm ứng cơ học).

B. Tính chất cơ học giản dị:

- Đàn – nhớt (viscoelastic):

  + Creep: kéo nhẹ lâu → dài thêm chút.

  + Stress – relaxation: giữ nguyên độ dài → lực giảm dần.

  + Hysteresis: sau vòng kéo – thả, mất chút năng lượng (ấm mô).

- Đường cong ứng suất – biến dạng:

  + Vùng toe (sắp xếp sợi) → đàn hồi → chảy (plastic) khi quá tải.

- Hướng sợi quyết định sức bền: tải theo thớ chịu tốt hơn chéo thớ.

C. Cơ chế thích nghi tải:

- SAID (Specific Adaptation to Imposed Demand): tải vừa đủ – đúng hướng – đủ thời gian → sợi xếp lại – tăng liên kết chéo có lợi.
- Quá ít tải → giảm liên kết chéo, sợi rối; quá nhiều → vi rách → đau, yếu.
- Tải "vàng" = liều nhỏ – lặp lại – có nghỉ, tăng dần.

D. Ứng dụng cho sàn chậu & mạc nâng đỡ:

- Mạc mu – cổ bàng quang, mạc âm đạo – trực tràng, ATFP/ATLA cần tải thấp – vừa và hướng lực nhất quán (thở, hip hinge, PFMT).
- PFMT giúp phân phối áp lực (IAP) → giảm kéo giãn mạc khi ho/nâng.
- Tải xấu: Valsalva kéo dài, ho mạn, táo bón rặn → giãn dần, tăng POP/SUI.

E. Lỗi thường gặp & cách sửa:

- Chỉ "siết cơ" mà bỏ qua ECM → thêm quản lý áp lực – tư thế – thói quen đi cầu.
- Kéo giãn mạnh đột ngột sau sinh → chuyển sang giãn mềm – lâu – nhẹ + thở 360°.

- Tập quá dồn dập không nghỉ → thay bằng nguyên tắc 48 – 72h cho mô liên kết phục hồi giữa các tải lớn.

4.2 Nội tiết & thai kỳ – Hormonal effects & pregnancy

A. Nội tiết then chốt:

- Estrogen: tăng tưới máu – hydrat hoá – tổng hợp collagen III (mềm, lành).
- Progesterone: xu hướng giãn trương lực, thay đổi độ nhớt nền.
- Relaxin: giãn dây chằng – mạc, tăng độ linh động khung chậu (hữu ích sinh nở, nhưng kém ổn định nếu tải xấu).

B. Thai kỳ – "ba thay đổi lớn":

- Áp lực ổ bụng tăng (thai – nước ối – tư thế) → thử thách ván võng cổ bàng quang.
- Mô mềm ngậm nước → mềm, dễ phù → chịu cắt/kéo kém khi tải đột ngột.
- Mệt cơ – thay đổi tư thế → ưỡn lưng, xô sườn, cơ hoành bị đẩy cao → thở nông.

C. Hậu sản & cho con bú:

- Lactation: estrogen thấp tạm thời → khô – mỏng niêm mạc, coaptation niệu đạo giảm.
- Hồi phục mô:

  + Cơ/mạc nông: 6 – 8 tuần đầu đóng vết thương.

  + Tái cấu trúc: 3 – 6 tháng tăng bền kéo.

  + Sẹo/đau cần huy động mềm – thở – tải tăng dần.

- Nguyên tắc tập lại: bắt đầu thở 360° – PFMT nhẹ – hip hinge, tăng dần theo dung nạp; tránh nhảy/nén mạnh sớm.

D. Gợi ý thực tế ngắn:

- Ho – hắt hơi – bế con: The Knack + xếp chồng.
- Táo bón thai kỳ: xơ – nước – kê chân – thở dài; tránh rặn.
- Khô đau khi quan hệ hậu sản: bôi trơn, khởi động nhẹ – ngắn, trao đổi bác sĩ nếu kéo dài.

4.3 Tuổi hoá & giảm estrogen – Aging & hypoestrogenism

A. Thay đổi mô liên kết theo tuổi:

- Collagen: tăng liên kết chéo glycat hoá (AGEs) → cứng – giòn, kém phục hồi.
- Elastin: mảnh – đứt dần → giảm độ bật lại.
- ECM: giảm GAGs/nước → khô hơn, ma sát cao hơn.

B. Hệ quả vùng sàn chậu:

- Niêm mạc âm đạo – niệu đạo mỏng/khô → coaptation kém → dễ SUI/UUI.
- Mạc nâng đỡ giảm chất lượng → POP dễ tiến triển.
- Sarcopenia: cơ mất khối – sức → PFMT cần kích thích – tải đủ, nhưng phục hồi chậm.
- Cân bằng – ngã: ổn định thân kém → ưu tiên hip hinge – xếp chồng – bước chủ đích.

C. Gợi ý can thiệp (nguyên tắc):

- PFMT có cấu trúc + thở 360° (ưu tiên chất lượng – tần suất).
- Tải ngoài (đề kháng nhẹ – vừa) cho hông – đùi – thân để hỗ trợ truyền lực.
- Bôi trơn/chăm sóc niêm mạc khi đau khô; vấn đề điều trị nội tiết trao đổi bác sĩ.
- Hành vi: quản lý ho mạn, táo bón; ngắt ngồi mỗi 30 – 45 phút.

4.4 Hồi phục mô & nguyên tắc tải – Tissue healing & loading principles

A. Pha hồi phục (tóm tắt dễ nhớ):

- Cầm máu – viêm (0 – 7 ngày): đừng kéo/đè mạnh; ưu tiên đau – quản lý – thở – tuần hoàn nhẹ.
- Tăng sinh (1 – 6 tuần): collagen type III hình thành → tải rất nhẹ – hướng dẫn (đúng hướng – ngắn – lặp).
- Tái cấu trúc (6 tuần – 6+ tháng): switch dần sang type I → tăng tải có kiểm soát (FITT).

B. FITT cho mô liên kết (khác cơ vân):

- Frequency (tần suất): nhỏ – thường xuyên (hằng ngày/cách ngày).
- Intensity (cường độ): thấp – vừa, ưu tiên kỹ thuật – hướng lực – nhịp thở.
- Time (thời lượng): ngắn – lặp (1 – 3 hiệp, 5 – 10 phút/hiệp).
- Type (loại): PFMT + bài chức năng (hip hinge, sit – to – stand, leo bậc) + giãn mềm.

C. "Đèn giao thông" triệu chứng để điều liều:

- Xanh: không đau/đau ≤ 3/10 → giữ/tăng nhẹ.
- Vàng: 4 – 5/10, hết trong 24h → giữ liều, sửa kỹ thuật – thở.
- Đỏ: ≥ 6/10 hoặc đau kéo > 24 – 48h, rò tăng/nặng tức kéo dài → giảm 25 – 50%, xem lại IAP/tư thế, cân nhắc chuyển tuyến nếu lặp lại.

D. Tiến triển thông minh:

- Tư thế: nằm → ngồi → đứng → động tác (squat nông, lunge nhẹ).
- Môi trường áp lực: bắt đầu không Valsalva, thêm The Knack trước động tác nặng.
- Tải ngoài: tăng 1 biến số mỗi lần (khối lượng hoặc số lần hoặc biên độ), không tăng hai cùng lúc.

E. Dấu hiệu quá tải mô liên kết:

- Căng kéo sâu quanh 3 – 9h đáy chậu, đau rát mạc, nặng tức kéo dài sau hoạt động, rò tăng. → Giảm liều, tăng down – training – thở 360° – giãn mềm, xem lại thói quen ho/rặn.

F. Hộp "pha thực hành" (gợi ý chung)

- 0 – 6 tuần hậu sản/sau thủ thuật nhẹ: thở 360°, đi bộ nhẹ, PFMT cảm nhận – nhấp ngắn; tránh nhảy – rặn – nâng nặng.
- 6 – 12 tuần: PFMT co chậm giữ (5 – 10s × 8 – 12), sit – to – stand, bước bậc; thêm tạ nhẹ nếu dung nạp.
- >12 tuần: tiến triển chịu lực (squat, deadlift mức thấp – vừa với hip hinge chuẩn), tích hợp The Knack mọi động tác.

G. Lỗi thường gặp & cách sửa:

- Tập "mạnh – ít lần" → đau/giãn mạc → chuyển sang nhẹ – đều – lâu dài.
- Bỏ qua "thở – áp lực" → thêm The Knack & xếp chồng trước mọi bài chức năng.
- Chỉ tập Kegel mà không chỉnh hành vi (ho, táo bón) → đổi ít → thêm giáo dục hành vi.

Tự kiểm tra 60 giây (quick check)

1) Kể 2 cơ chế viscoelastic và 1 ứng dụng khi giãn mô sau sinh.
2) Nêu 2 thay đổi nội tiết thai kỳ và 1 điều chỉnh tập tương ứng.
3) Bạn sẽ dùng đèn giao thông thế nào nếu đau tăng ngày hôm sau?

Ghi nhớ mang theo

- ECM thích nghi nhờ tải vừa – đúng hướng – có nghỉ.
- Nội tiết/thai kỳ làm mô mềm – ngậm nước – linh động: hãy bảo vệ bằng thở – tư thế – The Knack.
- Tuổi hoá/giảm estrogen: PFMT + điều áp và tải chức năng càng quan trọng.
- Hồi phục mô là cuộc đua đường dài: ít – đều – tiến triển, không nóng vội.

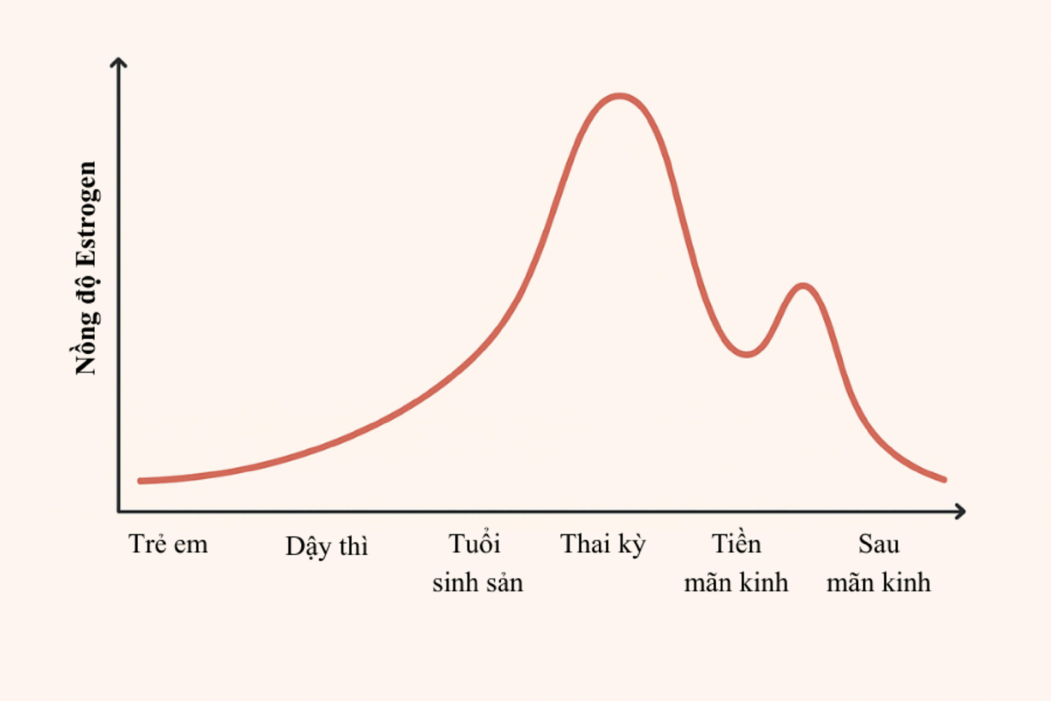
Chương 5 Vòng đời và khác biệt giới – Lifespan & sex/identity considerations

Chương 5 tập trung thảo luận về cách hệ thống cơ sàn chậu thay đổi theo các giai đoạn khác nhau trong cuộc đời và giữa các giới tính cũng như bản dạng giới. Cơ sàn chậu là nhóm cơ và mô nâng đỡ các cơ quan vùng chậu, chịu ảnh hưởng mạnh mẽ bởi sự phát triển cơ thể, hormone sinh dục, quá trình thai sản, lão hóa và các can thiệp y học liên quan đến giới. Ở mỗi giai đoạn – từ thời thơ ấu, dậy thì, qua thai kỳ, hậu sản, đến tiền mãn kinh/mãn kinh, tuổi già, cũng như trong chăm sóc người chuyển giới – cơ sàn chậu có những đặc điểm giải phẫu và sinh lý riêng, kéo theo nhu cầu chăm sóc và can thiệp chuyên biệt. Chương này sẽ phân tích cụ thể từng giai đoạn đó, nhấn mạnh sự khác biệt và đưa ra gợi ý thực tiễn cho việc chăm sóc lâm sàng và vật lý trị liệu sàn chậu.

5.1 Nhi & dậy thì – Pediatrics & adolescence

Đặc điểm giải phẫu – sinh lý: Ở trẻ nhỏ, cấu trúc khung chậu và cơ sàn chậu còn đang phát triển. Trước tuổi dậy thì, cơ quan sinh dục chưa trưởng thành và nồng độ hormone sinh dục rất thấp, do đó cơ sàn chậu hoạt động chủ yếu theo cơ chế phản xạ để kiểm soát cơ bản việc tiểu tiện và đại tiện. Trẻ thường học cách kiểm soát bàng quang và ruột trong giai đoạn tập ngồi bô (thường khoảng 2 – 3 tuổi). Tuy nhiên, nhiều trẻ vẫn gặp hiện tượng đái dầm (tiểu đêm) đến 5 tuổi hoặc hơn – đây không hẳn do hành vi mà có thể do hệ thần kinh phát triển chậm hoặc kiểm soát cơ sàn chậu chưa hoàn thiện. Cơ sàn chậu của trẻ dần mạnh lên khi trẻ lớn, cùng với sự phát triển của hệ cơ – core (cơ vùng bụng lưng chậu). Đến giai đoạn dậy thì, dưới tác động của hormone sinh dục, cơ thể có những thay đổi rõ rệt về giải phẫu vùng chậu: ở bé gái, khung chậu bắt đầu mở rộng hơn để chuẩn bị cho khả năng sinh con sau này (trong khi ở bé trai, khung chậu vẫn giữ hướng phát triển như cũ, không mở rộng thêm). Sự gia tăng nồng độ estrogen ở tuổi dậy thì thúc đẩy phát triển các đặc tính sinh dục phụ nữ (như vú, đường cong hông) và làm dày mô âm đạo;

còn testosterone ở bé trai tăng cao giúp tăng khối lượng cơ (bao gồm cả cơ sàn chậu) và phát triển các đặc tính nam. Những biến đổi nội tiết này giúp cơ sàn chậu ở cả hai giới hoàn thiện hơn về mặt cấu trúc và chức năng khi bước vào tuổi trưởng thành.



Hình 5.1: Biểu đồ minh họa nồng độ hormone sinh dục (estrogen) thay đổi theo các giai đoạn tuổi ở nữ giới.

Trẻ em có mức estrogen gần như bằng 0; đến tuổi dậy thì, nồng độ estrogen tăng vọt, giúp phát triển đặc tính sinh dục và duy trì ở mức cao trong suốt tuổi sinh sản. Trong thai kỳ, estrogen tăng đột biến cao hơn nhiều so với bình thường. Đến giai đoạn tiền mãn kinh, nồng độ hormone dao động thất thường và sau mãn kinh thì suy giảm xuống mức rất thấp.

Thay đổi chức năng sàn chậu: Từ tuổi nhi đồng sang thiếu niên, chức năng sàn chậu chuyển từ vô thức sang có ý thức và tinh tế hơn. Ở trẻ nhỏ, việc tiểu tiện/đại tiện phần lớn theo phản xạ; khi hệ thần kinh phát triển, trẻ học được

cách nhịn và đi vệ sinh có ý thức, tức là biết co và thả lỏng cơ sàn chậu đúng lúc. Trong độ tuổi học đường, một số vấn đề có thể xuất hiện rõ hơn, chẳng hạn như nhịn tiểu ở trường (vì xấu hổ hoặc không có điều kiện đi vệ sinh) có thể dẫn tới nhiễm trùng tiểu do ứ đọng nước tiểu. Táo bón cũng thường gặp ở trẻ em do thói quen nhịn đi tiêu hoặc chế độ ăn thiếu chất xơ, có thể dẫn tới hậu quả như són phân, rỉ phân làm trẻ xấu hổ. Bước vào tuổi dậy thì và thanh thiếu niên, chu kỳ kinh nguyệt bắt đầu (đối với bé gái) kèm theo những thay đổi nội tiết tuần hoàn; một số bạn gái có thể gặp đau vùng chậu khi hành kinh hoặc các triệu chứng như đau bụng kinh nặng, thậm chí dấu hiệu lạc nội mạc tử cung sớm. Các bạn nữ cũng có thể lần đầu sử dụng băng vệ sinh dạng tampon hoặc cốc nguyệt san và gặp khó khăn hoặc đau khi đưa vào âm đạo – điều này có thể do cơ sàn chậu tăng trương lực (co thắt quá mức) hoặc do cấu tạo màng trinh, khiến việc đặt tampon đau đớn. Ở tuổi thiếu niên, ý thức về cơ thể tăng lên nhưng các em thường ngại ngùng trao đổi về vấn đề thầm kín, dẫn đến nhiều rối loạn sàn chậu tiềm ẩn có thể bị che giấu. Ngay cả ở thanh thiếu niên khỏe mạnh, một số hoạt động thể thao cường độ cao cũng có thể gây ảnh hưởng đến sàn chậu – ví dụ, những nữ vận động viên trẻ trong các môn nhảy, nhào lộn có tỷ lệ són tiểu gắng sức khá cao (có thống kê cho thấy trung bình khoảng 25 – 30% nữ vận động viên bị són tiểu khi tập luyện, riêng môn trampoline có thể lên tới ~80% vận động viên bị triệu chứng này). Dù chưa sinh nở, áp lực nội bụng lớn khi vận động mạnh có thể thách thức khả năng của cơ sàn chậu, gây nên rò rỉ nước tiểu khi gắng sức ở một số thiếu nữ năng động.

Nhu cầu can thiệp và gợi ý cho lâm sàng: Ở lứa tuổi nhi và dậy thì, can thiệp chủ yếu tập trung vào giáo dục và phòng ngừa. Cha mẹ và người chăm sóc nên được hướng dẫn về việc tập cho trẻ thói quen đi vệ sinh đúng giờ, tránh nhịn tiểu quá lâu và chế độ dinh dưỡng đủ nước, đủ chất xơ để phòng táo bón. Nếu trẻ gặp vấn đề đái dầm kéo dài hoặc táo bón mạn tính, nên cân nhắc cho trẻ thăm khám chuyên khoa nhi hoặc vật lý trị liệu sàn chậu nhi khoa. Các bài tập đơn giản như nhịp thở bụng, thư giãn có thể giúp trẻ giảm căng thẳng vùng chậu, nhất là với những trẻ hay lo âu dẫn đến rối loạn tiểu tiện. Đối với

thanh thiếu niên, giáo dục sớm về sức khỏe sinh sản và sàn chậu là rất quan trọng – hãy tạo không khí cởi mở để các em có thể hỏi về vấn đề kinh nguyệt, đau bụng kinh hay khó chịu khi dùng tampon. Việc sớm phát hiện và điều trị các tình trạng như đau vùng chậu do co thắt cơ hay dấu hiệu lạc nội mạc tử cung có ý nghĩa lớn, giúp các em tránh được hậu quả lâu dài. Vật lý trị liệu sàn chậu có thể được chỉ định cho thanh thiếu niên nếu có rối loạn như tiểu không kiểm soát, đau khi giao hợp (trong trường hợp đã có quan hệ) hoặc đau do cơ sàn chậu tăng trương lực. Các bài tập tăng cường cơ core, cơ sàn chậu nhẹ nhàng cũng có thể lồng ghép trong hoạt động thể thao cho tuổi teen (ví dụ tập yoga cơ bản, bài tập Kegel đơn giản) nhằm giúp các em ý thức và tăng cường sức khỏe vùng chậu. Quan trọng hơn cả là tạo dựng một môi trường y tế thân thiện, không phán xét, sử dụng từ ngữ giải thích dễ hiểu để thanh thiếu niên cảm thấy an tâm khi chia sẻ vấn đề thầm kín về sàn chậu. Điều này sẽ giúp ngăn ngừa nhiều rối loạn sàn chậu mạn tính kéo dài sang tuổi trưởng thành sau này.

5.2 Thai kỳ & hậu sản – Pregnancy & postpartum

Đặc điểm giải phẫu – sinh lý: Thai kỳ (mang thai) và hậu sản (sau sinh) là những giai đoạn đặc biệt tác động mạnh mẽ đến hệ cơ và mô liên kết vùng sàn chậu của người phụ nữ. Trong quá trình mang thai, cơ thể người mẹ trải qua nhiều thay đổi về giải phẫu và nội tiết để thích nghi với sự phát triển của thai nhi. Tử cung lớn dần lên, tăng nhiều lần trọng lượng và kích thước, tạo áp lực trực tiếp xuống sàn chậu – nhóm cơ nâng đỡ tử cung, bàng quang, trực tràng. Phụ nữ mang thai thường tăng cân (bao gồm cân nặng thai nhi, nhau thai, nước ối, tăng thể tích máu…), trung bình khoảng 10 – 15 kg, làm tăng tải trọng lên cơ sàn chậu. Đồng thời, nội tiết tố thai kỳ có sự biến đổi rõ rệt: nhau thai tiết ra hormone relaxin và nồng độ progesterone, estrogen đều tăng cao. Relaxin làm mềm các dây chằng vùng chậu và cổ tử cung, giúp khung chậu mở rộng linh hoạt phục vụ cho cuộc sinh nở. Tuy nhiên, hệ quả là các khớp và dây chằng vùng chậu trở nên lỏng lẻo hơn, giảm tính ổn định. Sự gia tăng progesterone cũng có thể làm giảm trương lực cơ trơn, góp phần gây hiện tượng táo bón và giãn tĩnh mạch (bao gồm cả tĩnh mạch trĩ) thường gặp ở thai

phụ. Nhìn chung, dưới ảnh hưởng của nội tiết và tải trọng cơ học, cơ sàn chậu trong thai kỳ bị kéo dãn và yếu đi phần nào, các mô nâng đỡ (cân, dây chằng) cũng giảm độ chắc. Trên thực tế, khoảng một nửa phụ nữ mang thai có xuất hiện triệu chứng của rối loạn sàn chậu (như són tiểu, sa trễ nhẹ) ngay trước khi sinh.

Thay đổi chức năng sàn chậu khi mang thai: Nhiều thai phụ nhận thấy các thay đổi về chức năng tiểu tiện, đại tiện trong thai kỳ. Tiểu không kiểm soát (són tiểu khi ho, hắt hơi, cười hoặc vận động) có thể xuất hiện do áp lực tử cung chèn ép bàng quang và cơ thắt niệu đạo suy yếu. Táo bón cũng rất phổ biến, đặc biệt ở tam cá nguyệt thứ ba, do tử cung to gây cản trở nhu động ruột và nội tiết tố làm chậm tiêu hóa. Việc rặn nhiều khi táo bón lại càng làm tăng áp lực lên sàn chậu, có thể gây trĩ hoặc làm suy yếu thêm các cơ. Ngoài ra, thai phụ còn có thể gặp đau vùng chậu hoặc đau lưng do thay đổi tư thế, đau khớp mu do khớp mu dãn rộng ra (hội chứng SPD – Symphysis Pubis Dysfunction liên quan relaxin). Về cuối thai kỳ, đầu thai nhi tụt xuống tiểu khung cũng gây cảm giác nặng tức ở tầng sinh môn. Những thay đổi này nhìn chung là tạm thời, nhưng nếu sàn chậu không đủ khỏe, các triệu chứng có thể nặng nề hơn và tiềm ẩn nguy cơ rối loạn sau sinh.

Quá trình chuyển dạ và sinh nở là một "thử thách" lớn đối với cơ sàn chậu. Trong cuộc sinh thường ngả âm đạo, cơ sàn chậu phải giãn rộng tới 250% chiều dài ban đầu để em bé đi qua. Sự kéo căng cực đại này dễ gây ra tổn thương cho cơ (như rách cơ thang đáy chậu, rách cơ nâng hậu môn) cũng như dây thần kinh vùng chậu (dẫn đến tê hoặc giảm điều khiển cơ tạm thời). Mặc dù cơ thể người mẹ có khả năng hồi phục kỳ diệu, không ít trường hợp sản phụ bị rách tầng sinh môn hoặc phải rạch tầng sinh môn chủ động khi sinh, để lại sẹo và ảnh hưởng đến chức năng sàn chậu sau này. Các yếu tố nguy cơ làm tăng chấn thương sàn chậu khi sinh gồm: sanh con đầu lòng muộn (tuổi mẹ cao hơn), sanh con to, chuyển dạ kéo dài hoặc phải sinh dụng cụ (giác hút, forceps). Những yếu tố này có thể dẫn đến rách lớn hoặc tổn thương cơ thắt hậu môn, góp phần gây són phân sau sinh (dù hiếm hơn són tiểu). Ngay cả sinh mổ cũng không hoàn toàn tránh được ảnh hưởng – chuyển dạ kéo dài rồi

mổ lấy thai vẫn có nguy cơ tổn thương sàn chậu do giai đoạn rặn kéo dài trước đó. Sau cuộc sinh, đặc biệt là sinh thường, cơ sàn chậu người mẹ nhìn chung bị giãn mỏng và yếu đi, các cơ chế giữ phân và nước tiểu tạm thời suy giảm.

Thay đổi chức năng sàn chậu hậu sản: Hậu sản là giai đoạn phục hồi của cơ thể người mẹ sau khi sinh con. Trong 6 tuần đầu sau sinh (thời kỳ hậu sản cấp), tử cung co hồi, sản dịch thoát ra và các cơ quan dần trở lại vị trí bình thường. Đối với cơ sàn chậu, đây là lúc bắt đầu quá trình hồi phục các sợi cơ và mô liên kết đã bị kéo căng hoặc tổn thương. Nhiều sản phụ trải qua hiện tượng tiểu không tự chủ trong những tuần đầu – ví dụ, ho hoặc chạy nhảy có thể bị rò rỉ ít nước tiểu. Tin tốt là phần lớn các trường hợp són tiểu sau sinh sẽ cải thiện dần trong vài tháng đầu khi cơ sàn chậu lấy lại trương lực. Các nghiên cứu cho thấy sự phục hồi cơ nâng hậu môn và mô liên kết sàn chậu đạt mức tối đa vào khoảng 4 – 6 tháng sau sinh, mặc dù đa số phụ nữ đã có thể vận động bình thường trước mốc này nhiều. Cụ thể, khoảng 3 tháng sau sinh, nếu có chế độ tập luyện phù hợp, nhiều bà mẹ sẽ cảm thấy sức mạnh cơ sàn chậu cải thiện rõ rệt, giảm dần các triệu chứng són tiểu hay cảm giác "lỏng lẻo" vùng âm đạo. Tuy nhiên, cũng có trường hợp triệu chứng kéo dài: ví dụ, một số sản phụ vẫn còn són tiểu đến 1 năm sau sinh, đặc biệt nếu không tập luyện phục hồi hoặc có tổn thương nặng khi sinh. Ngoài ra, trong giai đoạn cho con bú, nồng độ estrogen thấp (do prolactin cao làm ức chế hoạt động buồng trứng) khiến niêm mạc âm đạo mỏng và khô tương tự phụ nữ mãn kinh, có thể gây đau khi quan hệ vợ chồng. Sự suy giảm estrogen này cũng có thể ảnh hưởng phần nào đến trương lực cơ sàn chậu (tương tự cơ chế mãn kinh, xem mục 5.3). Do đó, giai đoạn hậu sản đòi hỏi người mẹ vừa phải thích nghi với việc chăm con, vừa phải chú ý chăm sóc bản thân để phục hồi chức năng sàn chậu và phòng tránh các rối loạn lâu dài.

Nhu cầu can thiệp và gợi ý cho lâm sàng: Chăm sóc sàn chậu nên là một phần quan trọng trong kế hoạch chăm sóc thai phụ và sản phụ. Trong thai kỳ, bên cạnh việc khám thai định kỳ, thai phụ được khuyến khích tham gia các lớp hướng dẫn tiền sản – nơi họ học các bài tập thở, thư giãn và kiến thức về sàn chậu. Việc tập các bài Kegel (bài tập co cơ sàn chậu) đúng cách trong thai kỳ

có thể giúp cơ vùng đáy chậu khỏe hơn, hỗ trợ quá trình sinh nở và giảm nguy cơ rách tầng sinh môn. Lưu ý rằng khoảng 40% phụ nữ tập Kegel sai kỹ thuật nếu không có hướng dẫn, do đó sự hướng dẫn của chuyên viên vật lý trị liệu sàn chậu hoặc nữ hộ sinh có kinh nghiệm là rất hữu ích. Thai phụ cũng nên được chỉ dẫn về massage tầng sinh môn vài tuần trước sinh để tăng tính đàn hồi của mô, giảm nguy cơ rách khi sinh.

Sau sinh, nhiều sản phụ có xu hướng tập trung chăm con mà bỏ qua sức khỏe của mình, dẫn đến các vấn đề sàn chậu dễ trở thành mạn tính. Khám hậu sản (thường 6 tuần sau sinh) nên bao gồm đánh giá tình trạng sàn chậu. Nếu có các triệu chứng như són tiểu, sa tạng chậu, đau tầng sinh môn, bác sĩ cần tư vấn sớm chứ không nên coi đó là "bình thường sau khi sinh" mà bỏ qua. Trên thực tế, triệu chứng trong 3 tháng đầu sau sinh nếu bị xem nhẹ có thể kéo dài đến nhiều năm sau. Vật lý trị liệu sàn chậu hậu sản được khuyến cáo để giúp sản phụ phục hồi tối ưu. Chương trình phục hồi có thể bắt đầu từ các bài tập hô hấp và kích hoạt nhẹ cơ core ngay trong tuần đầu sau sinh (nếu không đau nhiều), sau đó tăng dần cường độ. Các chuyên gia cho biết không cần thiết phải chờ đến 6 tuần mới bắt đầu bài tập – thực tế, tập nhẹ nhàng sớm giúp tăng tuần hoàn và tăng tốc độ hồi phục của cơ và mô liên kết. Tất nhiên, cần tránh các hoạt động quá sức sớm (như mang vác nặng, tập gym cường độ cao) cho đến khi cơ sàn chậu đủ khỏe. Một số gợi ý cụ thể cho sản phụ:

- Nghỉ ngơi và phục hồi dần dần: Trong 6 tuần đầu, nên tránh đứng lâu hoặc mang nặng quá 5 – 6 kg. Nghỉ ngơi giúp các mô đã giãn được phục hồi về độ co giãn bình thường.
- Bài tập Kegel và cơ core: Thực hiện co cơ sàn chậu nhẹ nhàng (5 – 10 lần mỗi lần, vài lần mỗi ngày) ngay khi cảm nhận được cơ, tiến tới tăng dần số lần và cường độ. Kết hợp tập cơ bụng ngang, cơ lưng nhẹ để hỗ trợ vùng core. Lưu ý tập đúng kỹ thuật (có thể hướng dẫn: "như khi nhịn tiểu") và không nín thở khi tập.
- Tránh táo bón: Chú ý chế độ ăn nhiều chất xơ, uống đủ nước, có thể dùng ghế kê chân khi đi vệ sinh để giảm áp lực rặn. Táo bón sẽ gây quá tải không cần thiết lên sàn chậu mới phục hồi.

- Theo dõi dấu hiệu sa tạng chậu: Nếu cảm thấy cộm tức hoặc có khối lồi ở âm đạo khi đứng lâu, nên đi khám sớm. Sa tử cung/tầng sinh môn nhẹ sau sinh có thể cải thiện với tập luyện, nhưng cần phát hiện sớm.
- Hướng dẫn tư thế cho con bú, bế con: Tránh cúi khom lưng quá mức; khi cho bú nên ngồi tựa lưng thoải mái. Tư thế tốt giúp giảm áp lực ổ bụng dồn xuống sàn chậu.

Nếu sản phụ nào có vết rách tầng sinh môn độ 3 – 4 hoặc phẫu thuật tầng sinh môn phức tạp, nên được bác sĩ và chuyên viên trị liệu theo dõi đặc biệt. Những trường hợp này có nguy cơ yếu cơ thắt hậu môn và són hơi, són phân, cần chương trình phục hồi chức năng chuyên sâu hơn (bao gồm bài tập biofeedback, kích thích điện nếu cần). Với sự hỗ trợ đúng mức, đa số phụ nữ đều có thể phục hồi tốt sau sinh và quay lại các hoạt động thường ngày, kể cả thể dục thể thao. Điều quan trọng là không ngần ngại trao đổi với nhân viên y tế về các vấn đề nhạy cảm như tiểu són hay đau khi quan hệ sau sinh – đây là những vấn đề phổ biến và có thể điều trị được, không nên chịu đựng một mình. Tóm lại, việc kết hợp chăm sóc y tế, vật lý trị liệu sàn chậu và tự chăm sóc tại nhà sẽ giúp cho giai đoạn thai kỳ và hậu sản của người phụ nữ diễn ra thuận lợi hơn, giảm thiểu các di chứng lên sàn chậu về lâu dài.

5.3 Tiền/mãn kinh – Peri/menopause

Đặc điểm giải phẫu – sinh lý: Giai đoạn tiền mãn kinh (peri – menopause) và mãn kinh đánh dấu sự chuyển đổi lớn trong cơ thể người phụ nữ, đặc biệt liên quan đến hệ thống nội tiết và cấu trúc vùng chậu. Tiền mãn kinh thường xảy ra ở độ tuổi 40 – 50, khi chức năng buồng trứng bắt đầu suy giảm không ổn định. Giai đoạn này, nồng độ estrogen và progesterone dao động thất thường: có thời điểm buồng trứng vẫn hoạt động mạnh khiến estrogen vọt lên cao, nhưng có chu kỳ lại suy giảm, làm kinh nguyệt thất thường. Sự "trồi sụt" hormone này có thể kéo dài vài năm trước khi mãn kinh hoàn toàn. Mãn kinh được định nghĩa khi người phụ nữ ngưng hành kinh liên tục 12 tháng, thường quanh tuổi 50. Lúc này, buồng trứng gần như ngừng tiết estrogen, dẫn đến hậu quả estrogen giảm xuống mức rất thấp (thường <20 pg/mL, so với mức 100 –

400 pg/mL lúc còn kinh nguyệt). Sự sụt giảm estrogen gây ra hàng loạt thay đổi: niêm mạc âm đạo trở nên mỏng, khô và kém đàn hồi (hiện tượng thiểu dưỡng âm đạo); giảm tưới máu đến các mô vùng chậu; giảm collagen và độ dày của các dây chằng vùng sàn chậu. Một điểm thú vị là cấu trúc khung chậu xương cũng thay đổi: nghiên cứu cho thấy khung chậu phụ nữ có xu hướng thu hẹp lại sau mãn kinh (tức là hai gai chậu hông trước trên gần nhau hơn) so với thời kỳ sinh sản. Điều này có thể là cách cơ thể "tăng ổn định" cho sàn chậu khi hormone không còn hỗ trợ – khung chậu hẹp giúp các tạng được nâng đỡ tốt hơn, tránh sa xuống. Tuy nhiên, đi kèm với đó, khối lượng và sức mạnh cơ toàn thân cũng như cơ sàn chậu đều suy giảm do quá trình lão hóa và thiếu hormone. Các sợi cơ sàn chậu có thể bị teo nhỏ phần nào, sức co bóp không còn mạnh như trước. Mô liên kết nâng đỡ (cân, mô quanh niệu đạo, âm đạo) mất đi sự dẻo dai, trở nên dễ giãn quá mức. Những thay đổi vi thể này đặt nền tảng cho các rối loạn sàn chậu thường gặp ở độ tuổi mãn kinh.

Thay đổi chức năng sàn chậu: Phụ nữ trong giai đoạn quanh và sau mãn kinh thường bắt đầu nhận thấy các triệu chứng về niệu dục và tiêu hóa liên quan đến sàn chậu. Một trong những phàn nàn hay gặp nhất là tiểu không kiểm soát (thường là són tiểu khi gắng sức). Khi nồng độ estrogen giảm, cơ sàn chậu yếu đi và mô nâng đỡ niệu đạo mỏng hơn, dẫn đến tình trạng chỉ cần ho, cười mạnh hoặc vận động mạnh là rỉ chút nước tiểu. Bên cạnh đó, thành âm đạo và niêm mạc niệu đạo teo làm giảm ma sát đóng kín đường tiểu, góp phần gây són tiểu. Một vấn đề khác là sa các tạng chậu: do các dây chằng nâng đỡ tử cung, bàng quang, trực tràng bị nhão dần, nhiều phụ nữ tuổi mãn kinh bị sa tử cung hoặc sa thành trước/sau âm đạo (bàng quang hoặc trực tràng sa xuống). Triệu chứng thường là cảm giác nặng tức, có khối lồi ở âm đạo, nhất là khi đứng lâu. Theo thống kê, gần 50% phụ nữ trên 80 tuổi có ít nhất một dạng rối loạn sàn chậu có triệu chứng (tiểu không kiểm soát, sa sinh dục hoặc són phân) – cho thấy mức độ phổ biến của vấn đề này ở tuổi già. Ngoài ra, đau khi quan hệ là triệu chứng thường gặp do tình trạng khô teo âm đạo; khi giao hợp đau, người phụ nữ có thể co thắt phản xạ cơ sàn chậu khiến cơn đau càng tăng và dẫn đến né tránh quan hệ. Một số chị em còn trải qua giai

đoạn giảm ham muốn, khó đạt cực khoái – một phần cũng liên quan đến tuần hoàn máu vùng chậu kém đi và trương lực cơ sàn chậu giảm. Về chức năng tiêu hóa, táo bón mạn có thể trở nên tồi tệ hơn ở tuổi mãn kinh do nhu động ruột chậm lại và vận động ít, cộng thêm sàn chậu yếu khiến việc rặn thải phân không hiệu quả. Táo bón lâu ngày lại là yếu tố góp phần gây sa trực tràng hoặc sa thành sau âm đạo (do liên tục tạo áp lực lớn xuống đáy chậu khi rặn). Như vậy, phụ nữ hậu mãn kinh phải đối mặt với một tổ hợp vấn đề có liên quan mật thiết: suy giảm hormone – suy yếu sàn chậu – rối loạn tiểu, đại tiện và sinh hoạt tình dục.

Nhu cầu can thiệp và gợi ý cho lâm sàng: Tin vui là hiện nay có nhiều biện pháp giúp phụ nữ giai đoạn tiền mãn kinh/mãn kinh cải thiện sức khỏe sàn chậu và chất lượng cuộc sống. Trước hết, giáo dục sức khỏe đóng vai trò then chốt: nhiều phụ nữ ngại ngùng không nói với bác sĩ về triệu chứng tiểu són hay sa sinh dục vì nghĩ đó là "lẽ thường của tuổi già". Cần truyền thông rằng tuy những vấn đề này phổ biến nhưng không phải là bình thường phải chịu đựng, và có thể can thiệp hiệu quả. Về điều trị, có thể kết hợp cả liệu pháp nội tiết và vật lý trị liệu sàn chậu:

- Liệu pháp hormone: Đối với những người không chống chỉ định, liệu pháp estrogen tại chỗ (ví dụ đặt viên hoặc kem estrogen âm đạo) có thể giúp cải thiện tình trạng niêm mạc âm đạo mỏng khô, đồng thời gián tiếp tăng sức mạnh mô liên kết và cơ địa phương. Estrogen giúp duy trì trương lực cơ, do đó việc bổ sung sẽ hỗ trợ làm chậm quá trình teo cơ sàn chậu. Nghiên cứu cho thấy ở phụ nữ sau mãn kinh không dùng estrogen, tập luyện cơ sàn chậu thậm chí có hiệu quả tăng sức cơ rõ hơn so với nhóm có dùng estrogen thay thế – điều này gợi ý rằng liệu pháp hormone và tập luyện đều có lợi theo cách riêng, và có thể kết hợp để đạt kết quả tối ưu.
- Vật lý trị liệu sàn chậu: Đây là phương thức an toàn và hữu ích để tăng cường sức mạnh cơ sàn chậu cũng như cải thiện triệu chứng niệu – sinh dục. Chuyên viên vật lý trị liệu sẽ đánh giá tình trạng cơ sàn chậu (sức cơ, trương lực, khả năng kiểm soát) và lập chương

trình tập luyện cá nhân hóa. Các bài tập Kegel vẫn là trọng tâm, nhưng thường cần kèm theo bài tập thở, tập cơ bụng lưng và phản hồi sinh học để đảm bảo tập đúng cách. Sau vài tháng kiên trì, đa số phụ nữ sẽ thấy giảm rõ rệt số lần són tiểu, giảm cảm giác nặng tức vùng chậu. Nếu có sa sinh dục mức độ nhẹ – trung bình, tập cơ sàn chậu có thể giúp giảm mức sa và triệu chứng đi kèm (như tiểu lắt nhắt, khó chịu) bằng cách tăng sức nâng đỡ cho các tạng. Với sa nặng hơn, vật lý trị liệu vẫn cần thiết để chuẩn bị trước và phục hồi sau khi phẫu thuật (trường hợp phải can thiệp ngoại khoa). Ngoài ra, kỹ thuật trị liệu còn bao gồm xoa bóp, kích thích lưu thông máu vùng chậu, giúp giảm tình trạng khô teo; dùng dụng cụ hỗ trợ như biofeedback, phễu nâng (pessary) trong âm đạo để nâng đỡ tạm thời cơ quan sa. Tất cả nhằm mục tiêu cuối cùng: cải thiện chất lượng sống cho phụ nữ mãn kinh, giúp họ tự tin và thoải mái hơn.

- Thay đổi lối sống: Song song với các trị liệu trên, phụ nữ tuổi mãn kinh nên duy trì lối sống năng động và lành mạnh. Tập thể dục nhẹ thường xuyên (như đi bộ, yoga) vừa giúp kiểm soát cân nặng (béo phì làm nặng thêm són tiểu và sa tạng chậu), vừa tăng lưu thông máu vùng chậu. Tránh các thói quen xấu như hút thuốc (làm ho mãn tính, ảnh hưởng collagen) và hạn chế đồ uống chứa caffeine, cồn (có thể kích thích bàng quang hoạt động quá mức). Chế độ ăn nhiều chất xơ vẫn quan trọng để phòng táo bón. Đối với vấn đề sinh hoạt tình dục, có thể sử dụng chất bôi trơn hoặc liệu pháp estrogen tại chỗ như nói trên để giảm đau rát. Nếu đau kéo dài, các kỹ thuật thư giãn cơ, giãn âm đạo (với dụng cụ dilator) dưới hướng dẫn của chuyên viên cũng mang lại hiệu quả tốt.

Tóm lại, giai đoạn tiền mãn kinh và mãn kinh là thời kỳ nhiều thách thức nhưng cũng là lúc phụ nữ có thể chủ động chăm sóc sức khỏe sàn chậu của mình. Sự kết hợp giữa can thiệp y tế (như hormone), vật lý trị liệu và thay đổi lối sống sẽ giúp giảm thiểu các tác động tiêu cực của mãn kinh lên sàn chậu. Quan trọng không kém là yếu tố tâm lý xã hội: hãy đảm bảo người phụ nữ

nhận được sự hỗ trợ, thông cảm từ gia đình và nhân viên y tế, giúp họ vượt qua giai đoạn này một cách nhẹ nhàng, tiếp tục tận hưởng cuộc sống một cách trọn vẹn.

5.4 Nam giới & người cao tuổi – Male pelvis & older adults

Đặc điểm giải phẫu – sinh lý nam giới: Ở nam giới, cấu trúc cơ sàn chậu có cùng vị trí nhưng có một vài điểm khác biệt so với nữ giới. Cơ sàn chậu nam cũng gồm các cơ nâng đỡ bàng quang, trực tràng và hỗ trợ kiểm soát việc tiểu tiện, đại tiện. Tuy nhiên, do nam giới không có âm đạo và tử cung, nên sàn chậu nam có lỗ niệu dục duy nhất nhỏ hơn, các cơ vòng quanh niệu đạo và hậu môn sát nhau hơn. Tuyến tiền liệt (nằm ngay dưới bàng quang, bao quanh niệu đạo) là một cơ quan đặc thù ở nam, tựa lên sàn chậu; bất kỳ thay đổi nào của tiền liệt tuyến cũng có thể ảnh hưởng tới chức năng tiểu tiện. Quá trình phát triển ở nam không trải qua những biến động hormone đột ngột như nữ. Tuổi dậy thì ở nam làm tăng testosterone, giúp cơ bắp phát triển và xương chậu cũng lớn hơn về kích thước, nhưng hình dạng khung chậu nam vẫn giữ kiểu hẹp suốt đời (không có giai đoạn mở rộng như khung chậu nữ). Vì không phải mang thai sinh đẻ, cơ sàn chậu nam không trải qua những lần "căng giãn" cực đại như ở nữ; do đó, một nam giới trẻ khỏe mạnh thường ít gặp vấn đề sàn chậu hơn so với phụ nữ cùng tuổi. Dù vậy, cơ sàn chậu nam cũng suy giảm dần theo tuổi tác và có thể bị ảnh hưởng bởi các bệnh lý đặc thù nam giới, đáng chú ý nhất là các vấn đề về tuyến tiền liệt.

Thay đổi chức năng sàn chậu ở nam giới & người cao tuổi: Ở nam giới trẻ, chức năng sàn chậu chủ yếu liên quan đến kiểm soát tiểu tiện, đại tiện và chức năng tình dục. Cơ sàn chậu (đặc biệt là cơ hành hang – bulbocavernosus và cơ ngồi hang – ischiocavernosus) có vai trò quan trọng trong việc cương dương và xuất tinh: chúng co thắt để tống tinh dịch ra ngoài và góp phần duy trì độ cứng của dương vật khi cương bằng cách ép tĩnh mạch. Do đó, nếu cơ sàn chậu yếu hoặc phối hợp kém, nam giới có thể gặp các vấn đề như rối loạn cương hoặc xuất tinh sớm. Thực tế, nghiên cứu đã chỉ ra rằng tập luyện cơ sàn chậu có thể cải thiện đáng kể rối loạn cương dương – sau 6 tháng tập, 40% nam giới lấy lại được chức năng bình thường và 35% cải thiện rõ. Nam giới

trẻ cũng có thể gặp hội chứng đau vùng chậu mạn tính (thường gọi viêm tiền liệt tuyến mạn tính không do nhiễm trùng), trong đó cơ sàn chậu bị co thắt kéo dài gây đau ở tầng sinh môn, đau khi xuất tinh. Đây là một tình trạng khó chịu nhưng có thể điều trị được bằng vật lý trị liệu thư giãn cơ.

Khi tuổi tác tăng, đặc biệt từ trung niên trở đi, tuyến tiền liệt phì đại (u xơ tiền liệt tuyến lành tính) là bệnh lý rất thường gặp ở nam giới. Tuyến to ra gây chèn ép niệu đạo, dẫn đến bí tiểu, tiểu nhiều lần; nam giới thường phải rặn để tống nước tiểu, lâu dần làm cơ bàng quang dày lên và cơ sàn chậu cũng phải gồng nhiều hơn. Nếu phải phẫu thuật cắt tiền liệt tuyến (do u xơ hoặc ung thư), một biến chứng khá phổ biến là tiểu không kiểm soát sau mổ. Thống kê cho thấy có thể tới 60% nam giới bị són tiểu ngay sau phẫu thuật tuyến tiền liệt, nhưng may mắn là nhiều người sẽ hồi phục trong vòng 6 – 12 tháng. Lý do là khi cắt bỏ tuyến tiền liệt, một phần cơ thắt niệu đạo trong (trơn) bị mất, đòi hỏi cơ sàn chậu (cơ thắt vân) phải đảm nhiệm hoàn toàn việc giữ nước tiểu. Nếu cơ sàn chậu không đủ khỏe, người bệnh sẽ bị rò rỉ nước tiểu khi gắng sức cho đến khi cơ này được tập luyện và thích nghi để bù đắp chức năng. Ở nam giới cao tuổi, bên cạnh vấn đề sau phẫu thuật, còn có hiện tượng bàng quang tăng hoạt (tiểu gấp, tiểu nhiều lần) do thay đổi thần kinh và giảm ức chế trung ương, dẫn tới tiểu không tự chủ dạng không kìm được (urge incontinence). Tuy nhiên, khác với phụ nữ, nam giới hiếm khi bị sa cơ quan vùng chậu (vì không có tử cung, âm đạo), trừ trường hợp sa trực tràng hoặc trĩ sa do táo bón kéo dài. Nói chung ở người cao tuổi cả hai giới, chức năng sàn chậu giảm sút một phần do sarcopenia – tình trạng mất khối cơ và sức cơ toàn thân. Cơ sàn chậu cũng không ngoại lệ, nên người già dễ gặp khó khăn trong việc nín tiểu, nín đại tiện lâu. Hơn nữa, khả năng nhận biết tín hiệu từ bàng quang, trực tràng cũng giảm, khiến nhiều cụ già bị tiểu đêm, tiểu són hoặc thậm chí đại tiện không kìm ở giai đoạn cuối đời, đặc biệt khi có các bệnh lý thần kinh (đột quỵ, sa sút trí tuệ). Những con số thống kê cho thấy rõ bức tranh này: tỷ lệ phụ nữ có ít nhất một rối loạn sàn chậu tăng từ ~10% ở tuổi 20 – 39 lên gần 50% ở tuổi ≥80; còn ở nam giới trên 70, tỷ lệ tiểu không kiểm soát ước tính khoảng 15% và tăng cao hơn nữa nếu trên 80 tuổi.

Nhu cầu can thiệp và gợi ý cho lâm sàng: Đối với nam giới và người cao tuổi, việc chăm sóc sàn chậu cũng quan trọng không kém so với phụ nữ, tuy nhiên thường ít được chú ý hơn do định kiến hoặc thiếu thông tin. Trên lâm sàng, các bác sĩ nên chủ động hỏi nam giới về triệu chứng tiểu tiện, tình dục khi khám định kỳ, nhất là ở bệnh nhân sau mổ tiền liệt tuyến hay mắc bệnh mạn tính. Vật lý trị liệu sàn chậu cho nam hiện nay đã phát triển, có các kỹ thuật tương tự như cho nữ (điện kích thích, biofeedback, bài tập Kegel nam). Nam giới sau mổ tiền liệt tuyến được khuyến khích tập co thắt cơ sàn chậu sớm để nhanh lấy lại khả năng kiểm soát tiểu tiện. Các hướng dẫn cho thấy việc bắt đầu tập Kegel cho nam ngay tuần đầu sau rút thông tiểu có thể rút ngắn thời gian bị són tiểu. Điều quan trọng là họ cần được hướng dẫn đúng cách xác định nhóm cơ (như động tác giả nhịn tiểu, nhịn trung tiện). Nhiều quý ông lớn tuổi ban đầu ngại ngùng với việc đi tập vật lý trị liệu sàn chậu, nhưng khi được giải thích lợi ích (giữ được tự chủ tiểu tiện, cải thiện chức năng tình dục) thì hợp tác sẽ
tốt hơn.

Bên cạnh đó, bài tập sàn chậu cho nam giới có thể giúp cải thiện một số trường hợp rối loạn cương và xuất tinh sớm. Một nghiên cứu đăng trên tạp chí tiết niệu cho thấy tập luyện đều đặn cơ sàn chậu giúp khoảng 75% nam giới cải thiện rõ rệt tình trạng cương dương hoặc kiểm soát xuất tinh. Do vậy, các bác sĩ nam khoa nên xem đây là một liệu pháp bổ trợ an toàn, bên cạnh thuốc men, để điều trị rối loạn chức năng tình dục nam.

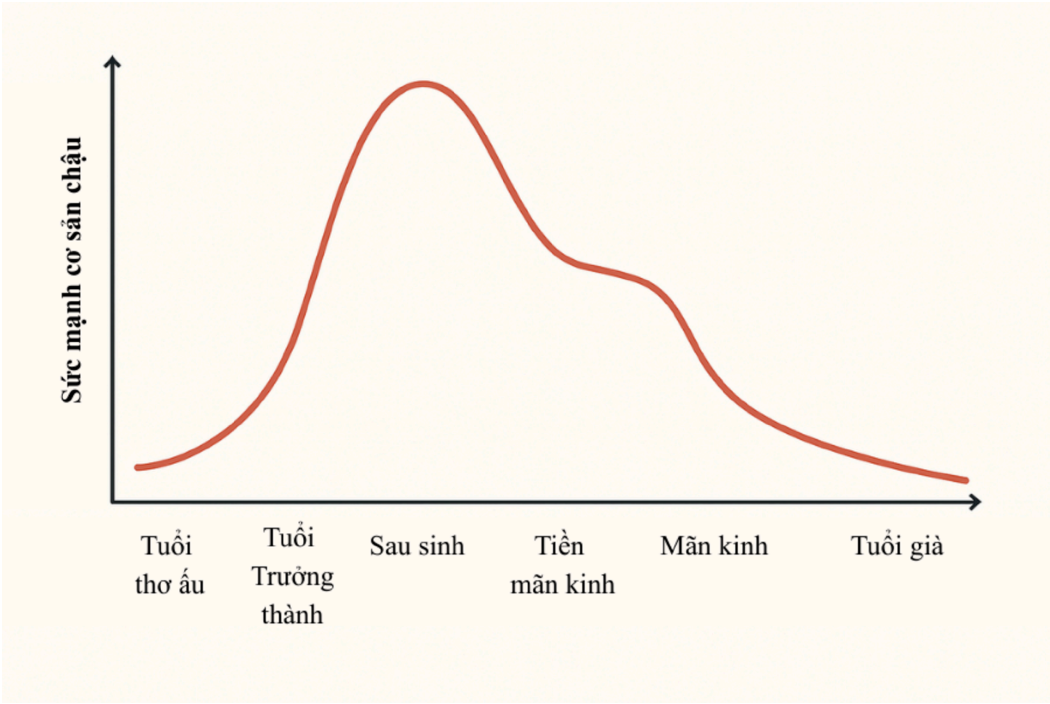
Đối với người cao tuổi cả nam và nữ, việc chăm sóc sàn chậu cần gắn liền với chăm sóc tổng quát. Một số gợi ý:

- Duy trì hoạt động thể chất phù hợp: Vận động giúp giữ trương lực cơ, kể cả cơ sàn chậu. Ngay cả ở tuổi 70 – 80, các bài tập nhẹ như co cơ sàn chậu khi nằm hoặc ngồi vẫn có tác dụng duy trì sức mạnh cơ, phòng ngừa tiểu són.
- Môi trường sống an toàn, thuận tiện: Người già thường tiểu gấp, do đó nhà vệ sinh cần dễ tiếp cận (lắp tay vịn, đèn đủ sáng, không quá

xa phòng ngủ) để giảm nguy cơ nhịn không kịp hoặc té ngã do vội vã.

- Chú ý bệnh lý kèm theo: Các bệnh như Parkinson, đột quỵ, tiểu đường... ảnh hưởng lớn đến kiểm soát tiểu tiện. Điều trị tốt các bệnh này sẽ gián tiếp cải thiện chức năng sàn chậu. Với người sa sút trí tuệ, có thể cần thiết lập lịch đi vệ sinh theo giờ để giảm tai nạn tiểu/đại tiện không tự chủ.
- Dụng cụ hỗ trợ: Với trường hợp tiểu không kiểm soát nặng ở người rất cao tuổi, ngoài tập luyện, có thể dùng bỉm, ống thông định kỳ hoặc dụng cụ chắn niệu đạo ở nam. Ở nữ, pessary (vòng nâng) có thể giúp giảm sa tử cung và cải thiện tiểu són.

Đặc biệt, không nên coi nhẹ vấn đề trầm cảm, tự ti ở người già bị rò rỉ tiểu/đại tiện. Hãy tạo điều kiện để họ bày tỏ, tư vấn họ rằng đây là vấn đề y khoa có thể hỗ trợ, không phải dấu hiệu "mất phẩm giá". Thái độ ân cần, tôn trọng từ nhân viên y tế và gia đình sẽ giúp người cao tuổi hợp tác hơn trong các chương trình phục hồi chức năng sàn chậu.



Hình 5.2: Biểu đồ minh họa thay đổi sức mạnh cơ sàn chậu ở nữ giới theo các giai đoạn cuộc đời.

Sức cơ tăng dần từ thời thơ ấu đến tuổi trưởng thành (đạt đỉnh khoảng tuổi 20 – 30). Sau sinh, cơ sàn chậu thường yếu đi đáng kể (giảm sức co bóp do giãn cơ và chấn thương), sau đó có thể phục hồi một phần nhờ tập luyện nhưng hiếm khi trở lại hoàn toàn mức ban đầu. Đến tuổi tiền mãn kinh/mãn kinh, do thiếu hụt hormone và lão hóa, sức mạnh cơ suy giảm thêm. Ở tuổi già, sức mạnh cơ sàn chậu giảm rõ rệt, có thể chỉ còn một phần nhỏ so với khi trẻ. Đường biểu diễn chỉ mang tính chất minh họa xu hướng chung.

Như biểu đồ trên cho thấy, phụ nữ trải qua những biến động lớn về sức khỏe sàn chậu trong cuộc đời – đặc biệt là các giai đoạn sinh nở và mãn kinh – khiến chức năng sàn chậu suy giảm theo thời gian. Trong khi đó, nam giới (vốn không có những giai đoạn này) thường duy trì được chức năng sàn chậu ổn định hơn đến tận tuổi già, dù cuối cùng cũng bị ảnh hưởng bởi quá trình lão

hóa. Hiểu được điều này giúp chúng ta chủ động hơn trong việc phòng ngừa và can thiệp sớm các vấn đề sàn chậu: phụ nữ nên tranh thủ tăng cường sàn chậu khi còn trẻ, chăm sóc tốt khi mang thai, tập luyện phục hồi sau sinh và duy trì thói quen tập Kegel sau mãn kinh; nam giới trung niên nên chú ý tập luyện sàn chậu đặc biệt khi có dấu hiệu bệnh lý tiền liệt tuyến hoặc rối loạn tình dục, và người cao tuổi hai giới cần được hỗ trợ kịp thời khi xuất hiện tiểu tiện không tự chủ.

5.5 Lưu ý chăm sóc khẳng định giới – Gender affirming care considerations

Đặc điểm và thay đổi liên quan đến bản dạng giới: Chăm sóc sàn chậu cho người chuyển giới và phi nhị nguyên giới (non – binary) đòi hỏi sự hiểu biết về nhu cầu đặc thù cũng như can thiệp y học khẳng định giới mà họ có thể trải qua. Mỗi người chuyển giới là một trường hợp riêng, nhưng tựu trung có hai nhóm chính: người chuyển giới nữ (MTF) – được chỉ định giới tính nam khi sinh nhưng nhận dạng là nữ, và người chuyển giới nam (FTM) – được chỉ định giới tính nữ khi sinh nhưng nhận dạng là nam. Các can thiệp khẳng định giới phổ biến gồm liệu pháp hormone và phẫu thuật chuyển giới, và cả hai đều tác động đến hệ thống sàn chậu theo những cách khác nhau.

- Liệu pháp hormone: Người chuyển giới nữ thường dùng estrogen (kèm thuốc ức chế testosterone), còn người chuyển giới nam dùng testosterone liều cao đều đặn. Việc này tạo ra môi trường nội tiết tương tự giới tính mong muốn. Tuy nhiên, tác dụng của hormone đến cơ sàn chậu đáng chú ý. Ở trans men (người chuyển nam) dùng testosterone, cơ thể sẽ rơi vào tình trạng giống mãn kinh: buồng trứng bị ức chế, estrogen sụt giảm, dẫn tới niêm mạc âm đạo mỏng và khô giống phụ nữ mãn kinh, các mô sàn chậu có thể yếu đi. Một nghiên cứu gần đây cho thấy tỷ lệ rối loạn sàn chậu (PFD) ở nhóm chuyển nam dùng testosterone rất cao, đến 94%, trong đó khoảng 86,7% có triệu chứng tiết niệu (tiểu khó, tiểu không kiểm soát, tiểu gấp, v.v.). Điều này cho thấy việc thiếu hụt estrogen và thay đổi cơ thể do testosterone gây ra (như tăng khối cơ, thay đổi phân bố mỡ)

có thể ảnh hưởng tiêu cực đến vùng chậu. Ngược lại, ở trans women (người chuyển nữ) dùng estrogen, tác động có thể gần giống phụ nữ sinh học: mỡ phân bố nhiều hơn ở hông và đùi, da và niêm mạc mềm hơn. Estrogen có thể giúp cải thiện độ đàn hồi mô, nhưng do khung xương đã phát triển từ trước, khung chậu của trans women trưởng thành vẫn mang hình dạng nam giới (không tự rộng ra được). Do đó, nhiều trans women sau khi chuyển giới vẫn có khung chậu hẹp hơn nữ giới cis tương ứng – điều này cần lưu ý trong phẫu thuật tạo hình âm đạo (do khoảng trống tiểu khung hạn chế).

- Phẫu thuật khẳng định giới (phẫu thuật chuyển giới): Có nhiều loại phẫu thuật, nhưng liên quan trực tiếp đến sàn chậu gồm tạo hình âm đạo (vaginoplasty) cho trans women và tạo hình dương vật (phalloplasty/metoidioplasty) kèm cắt bỏ tử cung, âm đạo cho trans men. Sau những phẫu thuật này, giải phẫu vùng đáy chậu của bệnh nhân thay đổi đáng kể. Ví dụ, trans women sau tạo hình âm đạo sẽ có một ống âm đạo tân tạo (thường bằng da dương vật hoặc ruột), được cố định vào vị trí giữa niệu đạo và trực tràng – cấu trúc này không y hệt âm đạo tự nhiên nhưng đóng vai trò tương tự. Cơ sàn chậu của họ phải thích nghi với "ống" mới này và quan trọng là cần duy trì độ sâu âm đạo bằng cách nong định kỳ. Việc nong âm đạo (dilation) thực chất là một dạng bài tập kéo giãn mô và thư giãn cơ sàn chậu. Nhiều trans women gặp khó khăn do đau hoặc co thắt cơ khi nong, cần đến sự giúp đỡ của chuyên viên vật lý trị liệu để học cách thư giãn và giảm đau. Mặt khác, trans men sau phẫu thuật cắt tử cung, cắt âm đạo (đôi khi giữ lại một đoạn âm đạo hoặc đóng kín hoàn toàn) cũng chịu tác động lên sàn chậu – mô sàn chậu được khâu lại, sẹo có thể gây đau khi cử động hoặc giao hợp (nếu còn âm đạo). Nếu họ được tạo hình dương vật, có thể kèm tạo hình niệu đạo xuyên qua sàn chậu, nguy cơ biến chứng hẹp niệu đạo, rò niệu… cũng ảnh hưởng tới chức năng vùng chậu (tiểu khó, phải rặn gây áp lực sàn chậu). Nói chung, sau phẫu thuật chuyển giới, bệnh nhân cần thời gian hồi phục và phục hồi chức năng tương tự như sau các phẫu

thuật vùng chậu khác, nếu không muốn nói là nhiều thách thức hơn do thay đổi cấu trúc lớn.

Nhu cầu can thiệp và gợi ý chăm sóc khẳng định giới: Chăm sóc sàn chậu cho người chuyển giới cần được cá nhân hóa, tôn trọng danh tính và hoàn cảnh của từng người. Dưới đây là một số lưu ý và gợi ý:

- Tiếp cận toàn diện, không định kiến: Trước tiên, nhân viên y tế cần tạo môi trường an toàn và khẳng định cho người bệnh. Hãy sử dụng tên gọi và đại từ nhân xưng đúng với bản dạng giới của họ, thể hiện sự tôn trọng. Một thái độ cởi mở, không phán xét sẽ giúp bệnh nhân tin tưởng và chia sẻ về triệu chứng thầm kín dễ dàng hơn. Ví dụ, một trans man có thể ngại nói về vấn đề âm đạo còn trans woman có thể xấu hổ khi thảo luận về vấn đề tiểu tiện – nhiệm vụ của chúng ta là chủ động gợi mở một cách tế nhị và lắng nghe.
- Đánh giá và can thiệp trước phẫu thuật: Trước khi người chuyển giới bước vào cuộc phẫu thuật lớn, vật lý trị liệu sàn chậu có thể chuẩn bị giúp họ một cơ thể khỏe mạnh và sàn chậu linh hoạt hơn. Điều này tương tự như "tiền phục hồi" (pre – rehab). Nếu một người chuyển nữ đã có sẵn các vấn đề như tiểu không kiểm soát, táo bón hoặc đau vùng chậu trước phẫu thuật, cần trị liệu những vấn đề đó trước vì chúng có thể trầm trọng hơn sau mổ. Mặt khác, tập các bài tập tăng sức cơ sàn chậu cho trans women trước mổ sẽ giúp họ hồi phục nhanh hơn, vì sau phẫu thuật các cơ này sẽ hỗ trợ tân âm đạo và kiểm soát tiểu tiện. Với trans men, học cách thả lỏng cơ sàn chậu và cơ bụng trước mổ cũng hữu ích, đề phòng co thắt hoặc đau do sẹo sau này. Ngoài ra, giai đoạn này cũng là lúc giáo dục bệnh nhân về những gì sẽ xảy ra: ví dụ hướng dẫn trans women cách nong âm đạo sau mổ, hướng dẫn trans men cách chăm sóc sẹo tầng sinh môn. Việc chuẩn bị kỹ lưỡng giúp giảm lo âu và tăng kết quả hậu phẫu.
- Phục hồi chức năng sau phẫu thuật: Đây là bước rất quan trọng nhưng thường bị bỏ qua trong chăm sóc người chuyển giới. Sau phẫu thuật, bệnh nhân có thể đối mặt với đau, phù nề, sẹo xơ ở vùng

đáy chậu. Vật lý trị liệu sàn chậu hậu phẫu tập trung vào: giảm đau và phù nề (bằng kỹ thuật manual therapy nhẹ nhàng, hướng dẫn tư thế giảm áp lực), phòng ngừa dính sẹo (xoa bóp mô mềm quanh vết mổ khi đã lành, liệu pháp nhiệt…), phục hồi tầm vận động và chức năng cơ (tập co giãn nhẹ nhàng, bài tập kiểm soát cơ sàn chậu). Với trans women, chuyên viên sẽ hỗ trợ họ thực hiện đúng cách bài tập nong âm đạo (dilations) sao cho không quá đau và đạt hiệu quả giữ độ sâu. Với trans men, có thể hướng dẫn kéo giãn mô sẹo tầng sinh môn nếu còn căng tức, và tập cơ bụng chéo, cơ core để hỗ trợ vùng chậu. Một khía cạnh khác là điều chỉnh tư thế: sau phẫu thuật, đôi khi người bệnh có xu hướng thay đổi dáng đi, tư thế ngồi để tránh đau, lâu dài có thể gây lệch tư thế và ảnh hưởng sàn chậu. Vật lý trị liệu sẽ giúp chỉnh lại dáng và cân bằng cơ (vd: bài tập cho cơ lưng, cơ hông) để hỗ trợ toàn diện. Mục tiêu cuối cùng là khôi phục khả năng tiểu tiện, đại tiện, hoạt động tình dục một cách tốt nhất cho bệnh nhân.

- Quản lý các phương thức khẳng định giới không phẫu thuật: Nhiều người chuyển giới sử dụng các cách thay đổi hình thể tạm thời như nịt ngực (binding) ở trans men, hoặc gói độn (packing) dương vật giả, gập bộ phận sinh dục (tucking) ở trans women chưa phẫu thuật. Những phương thức này giúp họ giảm chứng phiền muộn giới, nhưng có thể vô tình ảnh hưởng đến cơ – xương. Chẳng hạn, việc nịt ngực chặt kéo dài ảnh hưởng đến nhịp thở và tư thế (do siết lồng ngực, gù lưng), từ đó ảnh hưởng đến áp lực ổ bụng và có thể gây căng cơ sàn chậu. Tucking bộ phận sinh dục (đẩy tinh hoàn lên ống bẹn, ép dương vật vào giữa hai đùi) nếu làm thường xuyên cũng có thể gây căng tức, đau vùng bìu, tầng sinh môn. Người chuyển giới có thể không nhận ra các đau mỏi này liên quan đến thói quen kia. Chuyên viên sàn chậu nên hỏi về việc bệnh nhân có binding/tucking không, và hướng dẫn cách thực hiện an toàn (vd: không nịt quá 8 giờ liên tục, dùng băng chuyên dụng thay vì băng keo gây kích ứng). Nếu bệnh nhân bị đau do những nguyên nhân này, trị liệu có thể

gồm các bài tập điều chỉnh tư thế, kéo giãn cơ ngực, cơ lưng, cơ hông để cân bằng lại cơ thể. Đồng thời, hướng dẫn các bài thở cơ hoành sâu để giảm áp lực lên sàn chậu khi đang nịt ngực.

- Hỗ trợ tâm lý xã hội: Cuối cùng nhưng không kém phần quan trọng, người chuyển giới thường phải đối mặt với căng thẳng tâm lý và sự kỳ thị xã hội. Những yếu tố này có thể ảnh hưởng gián tiếp đến sàn chậu – ví dụ stress làm tăng trương lực cơ dẫn đến đau, hoặc ngại ngùng khiến họ trì hoãn đi khám khi có triệu chứng. Do đó, một cách tiếp cận đa ngành, phối hợp với nhà tư vấn tâm lý hay các nhóm hỗ trợ cộng đồng LGBTQ+ sẽ giúp ích rất nhiều. Khi bệnh nhân cảm thấy an toàn, được thấu hiểu, quá trình trị liệu sàn chậu cũng đạt kết quả tốt hơn.

Tóm lại, chăm sóc sàn chậu khẳng định giới đòi hỏi sự linh hoạt và kiến thức chuyên môn về cả y học giới tính lẫn vật lý trị liệu. Mỗi giai đoạn – trước, trong và sau quá trình chuyển giới – đều cần những chiến lược can thiệp phù hợp. Với sự hỗ trợ đúng mức, người chuyển giới có thể cải thiện đáng kể chất lượng sống, tự tin hơn với cơ thể mới và tận hưởng trọn vẹn những sinh hoạt hàng ngày mà không bị cản trở bởi các vấn đề sàn chậu. Điều cốt lõi là chúng ta – những người làm công tác y tế – phải luôn đặt mình vào vị trí của họ, dùng sự tôn trọng và thấu cảm để đồng hành trong hành trình hướng tới sự hài hòa giữa cơ thể và bản dạng của mỗi người.

PHẦN II ĐÁNH GIÁ – ASSESSMENT

Pelvic floor disorders (các rối loạn sàn chậu) là nhóm bệnh lý rất phổ biến và có ảnh hưởng nặng nề đến chất lượng sống của người bệnh. Ước tính khoảng 1/4 phụ nữ trưởng thành có ít nhất một dạng rối loạn sàn chậu như tiểu không tự chủ, són phân hoặc sa tạng chậu. Những vấn đề này không chỉ gây triệu chứng khó chịu mà còn tác động tiêu cực đến sinh hoạt hằng ngày, chức năng tình dục và tâm lý người bệnh. Do vậy, đánh giá toàn diện là bước đầu tiên mang tính quyết định để hiểu rõ tình trạng mỗi cá nhân, từ đó xây dựng kế hoạch can thiệp hiệu quả.

Chương 6 của phần này mở đầu bằng việc khai thác bệnh sử và sàng lọc một cách có hệ thống. Bác sĩ hoặc chuyên viên sẽ thu thập bệnh sử chi tiết, tập trung vào triệu chứng theo hệ (tiết niệu, tiêu hóa, sinh dục) nhằm xác định tất cả các biểu hiện liên quan. Việc hỏi bệnh cần nhấn mạnh mức độ ảnh hưởng đến cuộc sống – ví dụ như hạn chế trong sinh hoạt, công việc, quan hệ, cảm xúc – cũng như lắng nghe mục tiêu và kỳ vọng của người bệnh đối với việc điều trị. Đồng thời, cần khai thác yếu tố nguy cơ và cơ chế góp phần gây bệnh (như tiền sử sinh nở, phẫu thuật, thói quen sinh hoạt, bệnh lý nền) để hiểu bản chất vấn đề. Trong quá trình sàng lọc, chuyên viên phải chú ý nhận biết các "cờ đỏ" – tức dấu hiệu báo động gợi ý nguyên nhân nghiêm trọng hơn (ví dụ: tiểu ra máu, sụt cân không rõ nguyên nhân, đau vùng chậu liên tục…) – để chuyển tuyến kịp thời khi cần. Bên cạnh việc hỏi bệnh trực tiếp, các bảng câu hỏi đánh giá và nhật ký triệu chứng cũng được sử dụng để thu thập dữ liệu khách quan. Những công cụ PROMs (Patient – Reported Outcome Measures) đã được chuẩn hóa như bảng câu hỏi ICIQ về tiểu không kiểm soát, PFDI về suy giảm chức năng sàn chậu, cùng nhật ký bàng quang/ruột giúp lượng hóa mức độ triệu chứng, đánh giá ảnh hưởng lên chất lượng sống và theo dõi tiến triển theo thời gian.

Sau phần khai thác bệnh sử, Chương 7 tập trung vào khám lâm sàng sàn chậu một cách toàn diện. Trước hết, chuyên viên sẽ quan sát tư thế và dáng điệu của người bệnh, cũng như đánh giá các chuyển động và sự liên quan của các bộ phận khác (cột sống, khớp háng, cơ bụng…) đối với chức năng sàn chậu. Việc quan sát bên ngoài này có thể giúp phát hiện những yếu tố về cấu

trúc cơ xương góp phần vào tình trạng rối loạn, đồng thời tạo sự tin tưởng khi bắt đầu tiếp xúc cơ thể người bệnh. Tiếp theo, khám sờ nắn bên ngoài khu vực đáy chậu được tiến hành, thường theo sơ đồ "mặt đồng hồ" quanh vùng tầng sinh môn. Phương pháp này cho phép đánh giá tuần tự các vị trí cơ và mô mềm xung quanh lỗ niệu đạo, âm đạo và hậu môn để tìm điểm đau, vùng căng cứng hay bất thường
bề mặt.

Phần quan trọng nhất của khám sàn chậu là khám trong (khám âm đạo hoặc trực tràng), chỉ thực hiện khi có sự đồng thuận của bệnh nhân. Chuyên viên cần giải thích rõ mục đích, quy trình và các lợi ích, rủi ro trước khi tiến hành để đạt đồng ý thực hiện từ người bệnh. Kỹ thuật thăm khám phổ biến nhất là sử dụng ngón tay (thăm khám bằng tay) qua đường âm đạo (đối với nữ) hoặc trực tràng (đối với nam hoặc khi cần đánh giá cơ nâng hậu môn ở nữ). Trong quá trình khám trong, chuyên viên đánh giá toàn diện các khía cạnh của sàn chậu. Trước hết, quan sát tình trạng sa các tạng vùng chậu (nếu có) bằng cách yêu cầu người bệnh làm nghiệm pháp Valsalva – rặn xuống – để xem mức độ sa của bàng quang, tử cung hay trực tràng (nếu nghi ngờ, có thể cần phối hợp khám mỏ vịt để đo lường và phân giai đoạn sa theo hệ thống POP – Q). Khi đưa một hoặc hai ngón tay vào âm đạo, chuyên viên sẽ cảm nhận trương lực cơ (căng hay nhão), phát hiện vùng co thắt hoặc co cứng bất thường, kiểm tra cấu trúc giải phẫu (vị trí các cơ, độ nâng đỡ của mô liên kết), đánh giá độ đàn hồi và tình trạng sẹo hay vùng đau kích thích trên cơ sàn chậu. Người bệnh cũng được yêu cầu thực hiện co và thả lỏng cơ sàn chậu; qua đó, chuyên viên quan sát sự phối hợp của động tác – liệu người bệnh có co đúng nhóm cơ (kèm nâng lên) hay không, có huy động cơ bụng, mông hỗ trợ quá mức hay không – đồng thời lắng nghe người bệnh phản hồi về đau, cảm giác áp lực hoặc sự tái hiện triệu chứng trong lúc khám.

Một nội dung không thể thiếu khi khám trong là đánh giá sức mạnh và khả năng hoạt động của các cơ sàn chậu. Chuyên viên sẽ hướng dẫn người bệnh co thắt cơ sàn chậu tối đa như thể "nhịn tiểu" để kiểm tra sức co (lực cơ), và có thể yêu cầu giữ co trong vài giây để xem sức bền cũng như lặp lại nhiều lần để

đánh giá khả năng lặp lại động tác. Để định lượng một cách khách quan, giới chuyên môn thường dùng thang điểm Oxford đã chỉnh sửa (Modified Oxford Scale) để chấm điểm lực co cơ sàn chậu từ 0 đến 5 – điểm 0 nghĩa là không có co thắt nào, trong khi điểm 5 là co rất mạnh kèm nâng cơ quan rõ rệt. Bên cạnh đó, phương pháp PERFECT do Laycock đề xuất được áp dụng để ghi nhận toàn diện hơn: P (Power – sức mạnh theo thang Oxford), E (Endurance – thời gian giữ co tối đa, thường tính bằng giây), R (Repetitions – số lần lặp lại co tối đa có thể thực hiện trước khi mỏi), F (Fast contractions – số lần co nhanh tối đa trong 1 giây liên tiếp) và ECT (Every Contraction Timed – thời gian nghỉ giữa các lần co và ghi nhận từng co). Cách tiếp cận này cung cấp một bức tranh đầy đủ về hiệu suất của cơ sàn chậu, giúp định hướng chính xác tình trạng cơ của bệnh nhân mạnh hay yếu, nhanh mỏi hay bền sức. Điều quan trọng là tính khách quan và lặp lại của các thang đo này đã được nghiên cứu: ví dụ, thăm khám âm đạo bằng tay cho thấy độ tin cậy lặp lại cao với cùng một người khám, nhưng độ**一致** giữa các người khám khác nhau chỉ ở mức trung bình. Do đó, việc sử dụng thang điểm chuẩn hóa sẽ hỗ trợ theo dõi tiến bộ của bệnh nhân tốt hơn trong quá trình điều trị.

Chương 8 giới thiệu về các công cụ đo lường khách quan hỗ trợ cho việc đánh giá sàn chậu. Các thiết bị này bổ sung thông tin định lượng và có thể cải thiện độ chính xác, tính lặp lại của kết quả so với thăm khám thuần túy bằng tay. Máy đo áp lực (như manometry hoặc perineometer) được sử dụng để đo áp lực sinh ra khi cơ sàn chậu co thắt. Phép đo áp lực này cho con số cụ thể (cmH_2O hoặc mmHg) phản ánh lực bóp của cơ, giúp phát hiện tình trạng yếu hay tăng trương lực một cách khách quan; nghiên cứu cho thấy đo áp lực cho kết quả đáng tin cậy hơn so với đánh giá lực cơ bằng tay đơn thuần. Điện cơ bề mặt (sEMG) gắn tại vùng đáy chậu hoặc quanh hậu môn có thể ghi nhận hoạt động điện của cơ sàn chậu khi co và nghỉ. Kết hợp sEMG với phản hồi sinh học cho phép bệnh nhân nhìn thấy hoặc nghe thấy tín hiệu cơ của chính mình theo thời gian thực, từ đó học cách kiểm soát và điều chỉnh động tác co cơ hiệu quả hơn. Bên cạnh đó, siêu âm tầng sinh môn (qua ngả bụng dưới hoặc đầu dò đặt ngoài tầng sinh môn) là phương tiện hình ảnh không xâm lấn

hữu ích. Siêu âm cho phép quan sát trực tiếp sự di động của cơ quan vùng chậu và động tác nâng của cơ sàn chậu khi co thắt hoặc khi rặn xuống. Chẳng hạn, qua siêu âm có thể đánh giá góc di chuyển của niệu đạo khi co cơ (liên quan đến kiểm soát tiểu tiện) hoặc mức độ sa của bàng quang, tử cung lúc rặn. Phương pháp siêu âm không gây khó chịu và đặc biệt hữu ích cho những bệnh nhân không thể hoặc không muốn khám trong, đồng thời cũng đã được chứng minh là độ tin cậy cao trong việc đo lường sự di chuyển của cấu trúc sàn chậu. Một công cụ khác thường được sử dụng trong đánh giá sa tạng chậu là hệ thống phân loại POP – Q – dùng để định lượng mức độ sa của mỗi thành âm đạo và cổ tử cung theo các mốc giải phẫu, qua đó xác định giai đoạn sa từ I đến IV. Việc lượng hóa này giúp thống nhất chẩn đoán giữa các bác sĩ và theo dõi sự cải thiện sau can thiệp. Khi áp dụng các thiết bị đo, độ tin cậy (reliability) và độ giá trị (validity) của từng phương pháp luôn được xem xét. Mỗi công cụ đều có ưu nhược điểm: ví dụ sEMG cho biết thời gian co và mức độ hoạt hóa cơ nhưng không đo trực tiếp lực cơ; siêu âm cho hình ảnh động nhưng đòi hỏi người đọc kinh nghiệm; đo áp lực cho con số cụ thể nhưng có thể bị ảnh hưởng bởi vị trí đặt dụng cụ. Do đó, phối hợp nhiều phương pháp giúp cho kết quả đánh giá được toàn diện và chính xác hơn, khắc phục hạn chế của từng cách tiếp cận đơn lẻ.

Dựa trên tất cả các dữ kiện thu thập được, Chương 9 sẽ trình bày cách phân loại rối loạn và chẩn đoán phân biệt các tình trạng bệnh lý sàn chậu thường gặp. Một chẩn đoán chính xác đòi hỏi phải tổng hợp thông tin từ bệnh sử, thăm khám lâm sàng và kết quả đo khách quan. Trước hết, các triệu chứng tiết niệu sẽ được phân loại để xác định bệnh nhân thuộc nhóm tiểu không kiểm soát gắng sức (Stress UI), tiểu không kiểm soát do thôi thúc (Urge UI) hay hội chứng bàng quang tăng hoạt (OAB) – mỗi loại có cơ chế sinh bệnh và hướng xử trí khác nhau. Tương tự, nếu có sa tạng chậu, cần đánh giá mức độ sa và phân giai đoạn (stage) dựa trên kết quả khám và thang POP – Q chuẩn hóa, vì mức độ sa ảnh hưởng trực tiếp đến quyết định điều trị (bảo tồn hay phẫu thuật). Đối với trường hợp đau vùng chậu mạn tính, cần xem xét liệu có hội chứng đặc hiệu như đau thần kinh thẹn (pudendal neuralgia) hay không – vốn

đòi hỏi chẩn đoán phân biệt với các nguyên nhân đau khác (cơ xơ hóa, viêm mạn tính, tổn thương nội tạng…). Bên cạnh đó, các rối loạn tiêu hóa chức năng (như hội chứng ruột kích thích, táo bón mạn tính không do tổn thương thực thể) thường đi kèm rối loạn sàn chậu và cần được nhận diện để điều trị phối hợp. Vấn đề rối loạn chức năng tình dục liên quan đến sàn chậu cũng được đề cập, ví dụ như đau khi giao hợp (dyspareunia), co thắt âm đạo (vaginismus) ở nữ hay rối loạn cương dương, xuất tinh sớm ở nam có liên quan đến yếu hoặc căng cơ sàn chậu. Chẩn đoán phân biệt đòi hỏi cái nhìn bao quát, nhằm loại trừ những bệnh lý có triệu chứng tương tự (như nhiễm trùng đường tiểu, các khối u vùng chậu, bệnh lý cột sống thần kinh ảnh hưởng kiểm soát tiểu tiện…) để không bỏ sót một nguyên nhân nghiêm trọng nào. Kết thúc quá trình đánh giá (assessment), người thầy thuốc sẽ có được bức tranh đầy đủ về tình trạng của bệnh nhân: hiểu rõ họ có vấn đề gì, mức độ ra sao, ảnh hưởng thế nào. Đây chính là nền tảng vững chắc để xây dựng một kế hoạch điều trị cá thể hóa và hiệu quả cho PHẦN III tiếp theo. Với phương pháp tiếp cận đa chiều và dựa trên bằng chứng như trình bày trong Phần II, chúng ta có thể tự tin hơn rằng mình không chỉ chẩn đoán chính xác mà còn thấu hiểu người bệnh – từ đó nâng cao chất lượng chăm sóc và kết quả điều trị cho các rối loạn sàn chậu.

Chương 6 Khai thác bệnh sử và sàng lọc ban đầu

6.1 Khai thác bệnh sử chi tiết theo hệ thống

Bác sĩ hoặc chuyên viên trị liệu cần thu thập bệnh sử một cách chi tiết và có hệ thống, đảm bảo bao quát toàn bộ các triệu chứng theo từng hệ cơ quan liên quan. Cách tiếp cận này giúp xác định đầy đủ mọi biểu hiện của vấn đề sức khỏe hiện tại. Cụ thể, chuyên viên sẽ tập trung hỏi bệnh nhân về các triệu chứng thuộc ba lĩnh vực chính: tiết niệu, tiêu hóa và sinh dục. Ví dụ, người bệnh có thể được hỏi: tần suất đi tiểu mỗi ngày ra sao, có xuất hiện tiểu gấp hoặc tiểu không kiểm soát khi ho, hắt hơi hay gắng sức không; có hay bị cảm giác mót tiểu đột ngột và khó nhịn tiểu không; đã bao giờ không kịp vào toilet hoặc mất tự chủ khi đại tiện hay chưa. Việc hỏi bệnh toàn diện theo từng hệ cơ quan như vậy giúp phát hiện các dấu hiệu rối loạn chức năng sàn chậu thường gặp (ví dụ: rối loạn tiểu tiện, đại tiện, chức năng tình dục), vốn có thể đồng thời hiện diện ở nhiều
bệnh nhân.

6.2 Đánh giá tác động lên cuộc sống và kỳ vọng của bệnh nhân

Khi khai thác bệnh sử, điều quan trọng không chỉ là liệt kê triệu chứng, mà còn phải hiểu được mức độ ảnh hưởng của những triệu chứng đó đến cuộc sống hằng ngày của bệnh nhân. Bác sĩ cần hỏi kỹ xem vấn đề hiện tại hạn chế bệnh nhân ra sao trong sinh hoạt cá nhân, công việc, các mối quan hệ gia đình – xã hội, cũng như tác động tới tâm lý và cảm xúc của họ. Việc tìm hiểu này giúp lượng giá mức độ nghiêm trọng của tình trạng bệnh trong bối cảnh thực tế đời sống và đánh giá khách quan chất lượng cuộc sống bị ảnh hưởng. Song song đó, chuyên viên cần lắng nghe mục tiêu và kỳ vọng mà bệnh nhân mong muốn đạt được sau điều trị. Mỗi người bệnh có thể có những mong đợi riêng (ví dụ: muốn quay lại làm việc, cải thiện quan hệ vợ chồng, hay đơn giản là giảm bớt lo âu). Thấu hiểu mục tiêu điều trị cá nhân này giúp xây dựng kế hoạch can thiệp phù hợp và tăng cường sự hợp tác của bệnh nhân trong quá trình trị liệu. Việc nhấn mạnh vào khía cạnh ảnh hưởng cuộc sống và mục tiêu

cá nhân đồng thời góp phần tạo dựng mối quan hệ trị liệu tốt, giúp bệnh nhân cảm thấy được thấu hiểu và tin tưởng hơn vào người trị liệu.

6.3 Khai thác yếu tố nguy cơ và cơ chế góp phần bệnh sinh

Bên cạnh triệu chứng hiện tại, các yếu tố nguy cơ và cơ chế tiềm ẩn dẫn đến tình trạng rối loạn cũng cần được khai thác kỹ lưỡng. Chuyên viên sẽ hỏi về tiền sử sản khoa, phẫu thuật, thói quen sinh hoạt và bệnh lý nền của bệnh nhân nhằm tìm ra những yếu tố có thể góp phần gây ra hoặc làm nặng thêm vấn đề. Ví dụ, số lần mang thai và sinh nở (đặc biệt sinh thường nhiều lần) có thể làm suy yếu các cơ và dây chằng sàn chậu; tiền sử phẫu thuật vùng chậu hoặc ổ bụng (như mổ đẻ, cắt tử cung) có thể gây sẹo dính hoặc thay đổi giải phẫu; các thói quen sinh hoạt như thường xuyên mang vác nặng, chế độ ăn uống ít chất xơ (gây táo bón) hoặc thói quen nhịn tiểu kéo dài đều có thể ảnh hưởng đến chức năng sàn chậu. Ngoài ra, bệnh lý nền của bệnh nhân cũng rất quan trọng – ví dụ: béo phì làm tăng áp lực ổ bụng, ho mạn tính do hút thuốc hoặc bệnh phổi mãn tính, hay táo bón kinh niên đều có thể là những cơ chế gây căng thẳng lên hệ thống sàn chậu. Việc nhận diện các yếu tố nguy cơ này giúp hiểu rõ bản chất vấn đề và cơ chế bệnh sinh, từ đó định hướng chiến lược điều trị hiệu quả hơn. Chẳng hạn, nếu bệnh nhân có tiền sử sinh con nhiều lần hoặc phẫu thuật sản phụ khoa, chuyên viên sẽ lưu ý nguy cơ tổn thương sàn chậu; nếu bệnh nhân bị táo bón mạn, cần tập trung xử lý yếu tố này song song với can thiệp khác.

6.4 Sàng lọc và nhận biết các dấu hiệu “cờ đỏ”

Trong quá trình thăm khám, chuyên viên vật lý trị liệu phải luôn cảnh giác với các “cờ đỏ” – tức dấu hiệu báo động gợi ý những bệnh lý nghiêm trọng tiềm ẩn nằm ngoài phạm vi điều trị phục hồi chức năng thông thường. Đây là những triệu chứng hoặc biểu hiện bất thường đòi hỏi phải chuyển bệnh nhân đến bác sĩ chuyên khoa để được đánh giá y tế kỹ hơn, thay vì tiếp tục can thiệp bảo tồn. Ví dụ về “cờ đỏ” trong lĩnh vực tiết niệu – sàn chậu gồm có: tiểu ra máu (có máu trong nước tiểu, một dấu hiệu bất thường đường tiết niệu cần lưu ý), sụt cân đáng kể không rõ nguyên nhân (gợi ý vấn đề toàn thân nghiêm trọng như ung thư tiềm ẩn), hoặc đau vùng chậu liên tục không thuyên giảm

(cơn đau âm ỉ liên tục không liên quan chu kỳ hay hoạt động, có thể báo hiệu bệnh lý nội khoa). Khi gặp những dấu hiệu này, chuyên viên cần ngừng quy trình điều trị thông thường và chuyển tuyến y tế kịp thời. Việc sàng lọc "cờ đỏ" đóng vai trò quan trọng nhằm đảm bảo an toàn cho bệnh nhân, tránh bỏ sót các bệnh lý nặng như nhiễm trùng, khối u, hội chứng chùm đuôi ngựa, v.v. trong bối cảnh bệnh nhân đến khám vì rối loạn sàn chậu. Nói cách khác, phát hiện kịp thời các "cờ đỏ" sẽ giúp bệnh nhân nhận được can thiệp y khoa phù hợp (phẫu thuật, dùng thuốc…) một cách sớm nhất trước khi tiếp tục hoặc quay lại trị liệu phục hồi chức năng khi thích hợp.

6.5 Sử dụng các công cụ đánh giá: bảng câu hỏi chuẩn hóa và nhật ký triệu chứng

Để bổ sung cho việc hỏi bệnh chủ quan, các công cụ đánh giá khách quan do bệnh nhân tự báo cáo cũng được áp dụng nhằm thu thập dữ liệu cụ thể về triệu chứng. Những công cụ này bao gồm các bảng câu hỏi chuẩn hóa (các thang đo *Patient – Reported Outcome Measures* – PROMs) và nhật ký triệu chứng do bệnh nhân tự ghi. Chúng cho phép lượng hóa mức độ triệu chứng, đánh giá ảnh hưởng lên chất lượng cuộc sống, đồng thời theo dõi tiến triển của bệnh theo thời gian một cách khoa học.

- Bảng câu hỏi ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire): Đây là bảng câu hỏi chuẩn hóa dùng để đánh giá tình trạng tiểu không kiểm soát. ICIQ giúp xác định tần suất và mức độ nghiêm trọng của tiểu không tự chủ và mức độ ảnh hưởng của nó lên chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Bảng hỏi này đã được kiểm chứng có độ tin cậy và giá trị hiệu lực cao trong việc lượng giá chứng tiểu không kiểm soát, nhờ đó chuyên viên có thể hiểu rõ hơn mức độ ảnh hưởng của triệu chứng tiết niệu đến sinh hoạt của người bệnh.

- Bảng câu hỏi PFDI (Pelvic Floor Distress Inventory): Đây là công cụ đánh giá các triệu chứng liên quan đến rối loạn chức năng sàn chậu (như tiểu không tự chủ, sa tạng chậu, rối loạn đại tiện) và mức độ khó chịu của chúng đối với bệnh nhân. PFDI cũng tập trung vào khía cạnh

chất lượng cuộc sống, giúp định lượng mức độ phiền toái mà các triệu chứng sàn chậu gây ra. Bảng câu hỏi này đã được chuẩn hóa và được khuyến nghị sử dụng bởi Hiệp hội Tiết niệu Quốc tế trong đánh giá rối loạn chức năng sàn chậu. Thông qua điểm số PFDI, chuyên viên có thể xác định được mức độ nặng nhẹ của hội chứng sàn chậu và theo dõi sự cải thiện sau can thiệp.

- Nhật ký bàng quang/ruột (Bladder/Bowel Diary): Đây là công cụ bệnh nhân sử dụng để ghi lại thói quen đi tiểu, đại tiện hằng ngày trong một khoảng thời gian nhất định (thường 3 ngày liên tiếp). Nhật ký bàng quang cho phép thu thập các thông tin như: thời gian và lượng mỗi lần đi tiểu, số lần tiểu ban ngày và ban đêm, số lần gặp tiểu gấp hay tiểu không kiểm soát, lượng nước uống vào, và số miếng lót phải dùng…. Tương tự, nhật ký ruột ghi lại thời điểm đại tiện, tính chất phân (có thể đối chiếu với thang phân loại Bristol), tình trạng són phân hay khó khăn khi đi tiêu. Những dữ liệu tự ghi chép này rất hữu ích để nhận biết mô hình triệu chứng của bệnh nhân – ví dụ như bệnh nhân tiểu không kiểm soát do gắng sức có thể ghi nhận lượng nước tiểu mỗi lần ít nhưng số lần són nhiều, trong khi tiểu gấp sẽ thể hiện số lần đi tiểu rất nhiều lần với lượng mỗi lần không nhiều. Nhật ký cũng giúp xác định các yếu tố khởi phát triệu chứng (như đồ uống chứa caffeine làm tăng tần suất tiểu, hoặc thức ăn ít chất xơ làm nặng táo bón). Nhìn chung, nhật ký triệu chứng cung cấp bằng chứng khách quan về tần suất và mức độ triệu chứng, hỗ trợ cho chẩn đoán và theo dõi hiệu quả điều trị.

Các công cụ PROMs và nhật ký trên cho phép định lượng được vấn đề của bệnh nhân một cách khách quan, từ đó giúp chuyên viên và người bệnh có cùng nhận thức về điểm xuất phát. Hơn nữa, việc định kỳ lặp lại các bài đánh giá này trong suốt quá trình điều trị sẽ giúp theo dõi sát sao tiến triển của bệnh nhân theo thời gian – bệnh nhân và bác sĩ có thể thấy được triệu chứng cải thiện ra sao qua các lần đo lường so sánh. Chẳng hạn, điểm số ICIQ hoặc PFDI sau một thời gian điều trị giảm so với ban đầu cho thấy sự tiến bộ, hay nhật ký bàng quang ghi nhận số lần tiểu đêm giảm dần theo tuần. Việc lượng

hóa như vậy không chỉ đánh giá hiệu quả điều trị một cách khoa học, mà còn mang lại động lực tích cực cho bệnh nhân khi thấy được kết quả cải thiện cụ thể của mình.

Tóm lại, *chương này nhấn mạnh tầm quan trọng của một quy trình đánh giá ban đầu toàn diện đối với bệnh nhân rối loạn chức năng sàn chậu. Từ khai thác bệnh sử chi tiết theo hệ thống, đánh giá ảnh hưởng lên cuộc sống và mong đợi của người bệnh, nhận diện các yếu tố nguy cơ và cảnh giác với dấu hiệu "cờ đỏ", cho đến việc sử dụng các công cụ chuẩn hóa để lượng hóa triệu chứng – tất cả đều nhằm hiểu đầy đủ bức tranh lâm sàng của bệnh nhân. Cách tiếp cận có hệ thống và toàn diện này sẽ tạo nền móng vững chắc để xây dựng kế hoạch điều trị hiệu quả và an toàn ở các chương tiếp theo.*

Chương 7 Khám lâm sàng sàn chậu

7.1 Quan sát và tư thế

Khám lâm sàng sàn chậu bắt đầu bằng việc quan sát tư thế và dáng điệu tổng thể của người bệnh. Tư thế đứng, ngồi, dáng đi và các chuyển động cơ thể cung cấp nhiều thông tin về sự phối hợp và ảnh hưởng giữa sàn chậu với các vùng kế cận như cột sống, khớp háng và cơ bụng. Người khám nên chú ý đến những lệch lạc cột sống, tư thế gù hoặc ưỡn quá mức, cũng như các biểu hiện căng cơ vùng hông hoặc thắt lưng. Quan sát còn giúp phát hiện những thay đổi trong kiểu hô hấp – ví dụ, thở ngực nông hoặc ép bụng khi hít vào – có thể liên quan đến rối loạn kiểm soát áp lực ổ bụng, ảnh hưởng đến chức năng sàn chậu.

Thông qua quá trình này, người khám không chỉ thu thập dữ liệu mà còn thiết lập sự tin tưởng với người bệnh. Một môi trường khám thân thiện, kín đáo và tôn trọng giúp bệnh nhân cảm thấy an toàn, từ đó dễ dàng hợp tác hơn trong các bước đánh giá tiếp theo.

7.2 Sờ nắn ngoài và sơ đồ mặt đồng hồ

Sau bước quan sát, chuyên viên tiến hành sờ nắn bên ngoài khu vực tầng sinh môn – vùng giữa âm đạo (hoặc gốc dương vật) và hậu môn. Phương pháp sử dụng sơ đồ "mặt đồng hồ" giúp định hướng vị trí giải phẫu: 12 giờ tương ứng phía trước (về phía xương mu), 6 giờ là phía sau (hướng về hậu môn), các vị trí còn lại phân bố theo chiều kim đồng hồ.

Người khám dùng đầu ngón tay nhẹ nhàng ấn vào từng vị trí quanh tầng sinh môn để cảm nhận tình trạng mô mềm: có điểm đau, vùng căng cứng, khối bất thường hoặc mất đối xứng không. Những vùng căng đau có thể phản ánh tăng trương lực cơ, sẹo dính hoặc tổn thương mạn tính. Sờ nắn ngoài cũng giúp người bệnh làm quen với thao tác khám, tạo điều kiện tâm lý thuận lợi trước khi chuyển sang bước khám trong.

7.3 Khám trong có đồng thuận

Khám trong (qua đường âm đạo hoặc trực tràng) là bước quan trọng để đánh giá trực tiếp cấu trúc và chức năng cơ sàn chậu. Tuy nhiên, việc này chỉ thực hiện khi người bệnh đã được giải thích đầy đủ và đồng ý. Người khám cần trình bày rõ:

- Mục đích khám: đánh giá cơ, mô, phát hiện bất thường
- Quy trình thực hiện: dùng tay, tư thế khám, cảm giác có thể xuất hiện
- Quyền từ chối hoặc dừng khám bất kỳ lúc nào

Khi được đồng thuận, chuyên viên sử dụng 1 – 2 ngón tay đưa nhẹ vào âm đạo (với nữ) hoặc trực tràng (với nam, hoặc khi cần đánh giá nâng hậu môn ở nữ). Trong quá trình này, chuyên viên quan sát và cảm nhận:

- Có hay không tình trạng sa cơ quan vùng chậu (thử nghiệm Valsalva)
- Trương lực cơ nền: chặt, nhão, hoặc mất phản ứng
- Cấu trúc mô: đàn hồi, sẹo, vùng đau kích thích
- Khả năng co và giãn cơ đúng nhóm, có phối hợp hay không

Người bệnh được hướng dẫn thực hiện co thắt sàn chậu như thể "nhịn tiểu", đồng thời được yêu cầu thả lỏng hoàn toàn. Qua đó, chuyên viên đánh giá chất lượng vận động cơ, độ kiểm soát và sự đồng vận (nếu có) của cơ bụng, cơ mông.

7.4 Trương lực, đau và phối hợp

Đánh giá trương lực cơ giúp xác định cơ đang ở trạng thái bình thường, tăng hoặc giảm trương lực. Cơ tăng trương lực thường kèm đau khi sờ nắn, cứng, kém đàn hồi, và có thể gây rối loạn tiểu tiện, đau khi quan hệ. Cơ giảm trương lực lại nhão, yếu và thường đi kèm tình trạng tiểu không kiểm soát hoặc sa tạng vùng chậu.

Bên cạnh đó, người khám đánh giá phản ứng đau bằng cách ấn nhẹ các vị trí cơ quanh âm đạo hoặc trực tràng. Việc này giúp xác định vùng có kích thích đau, gợi ý hội chứng đau sàn chậu mạn tính hoặc thần kinh bị chèn ép.

Khả năng phối hợp động tác được kiểm tra khi người bệnh thực hiện co và giãn cơ theo hướng dẫn – ví dụ, co sàn chậu đồng thời nâng nhẹ, không kèm siết mông hay gồng bụng quá mức.

7.5 Thang Oxford và phương pháp PERFECT

Để lượng hoá sức mạnh cơ sàn chậu, chuyên viên sử dụng thang điểm Oxford đã chỉnh sửa, đánh giá theo 6 mức từ 0 đến 5:

- 0: Không có co cơ nào
- 1: Co rất nhẹ, gần như không cảm nhận được
- 2: Co nhẹ, cảm nhận được nhưng không rõ
- 3: Co trung bình, có nâng nhẹ
- 4: Co mạnh, có nâng rõ
- 5: Co rất mạnh, nâng cơ quan vùng chậu rõ nét

Ngoài ra, phương pháp PERFECT (Laycock) đánh giá toàn diện hơn:

- P (Power): Sức mạnh theo thang Oxford
- E (Endurance): Thời gian giữ co tối đa (tính bằng giây)
- R (Repetitions): Số lần lặp lại co giữ tối đa
- F (Fast contractions): Số lần co nhanh trong 10 giây
- ECT (Every Contraction Timed): Ghi thời gian nghỉ giữa các lần co

PERFECT giúp xây dựng bài tập phù hợp và theo dõi tiến triển điều trị. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng khám bằng tay có độ tin cậy cao khi thực hiện bởi cùng một người, nhưng mức độ đồng thuận giữa các người khám khác nhau chỉ ở mức trung bình. Do đó, việc ghi chép cẩn thận và sử dụng thang chuẩn hoá là rất quan trọng để đảm bảo tính khách quan và theo dõi hiệu quả can thiệp
lâu dài.

Chương 8 Công cụ đo lường khách quan

Chương 8 giới thiệu về các công cụ đo lường khách quan hỗ trợ đánh giá sàn chậu. Những thiết bị này mang lại dữ liệu định lượng, giúp cải thiện độ chính xác và tính lặp lại so với thăm khám bằng tay đơn thuần.

8.1 sEMG và phản hồi sinh học chẩn đoán

Điện cơ bề mặt (sEMG) là phương pháp sử dụng điện cực đặt tại vùng đáy chậu hoặc quanh hậu môn để ghi nhận hoạt động điện của cơ sàn chậu trong các pha co và nghỉ. Phương pháp này phản ánh mức độ kích hoạt cơ và thời gian đáp ứng cơ học.

Kết hợp sEMG với phản hồi sinh học (biofeedback) là một công cụ huấn luyện hữu ích: bệnh nhân có thể nhìn hoặc nghe thấy tín hiệu hoạt động cơ trên màn hình, từ đó học cách kiểm soát động tác co – giãn hiệu quả hơn. Đây là phương pháp đặc biệt hữu ích trong đào tạo lại vận động hoặc phục hồi chức năng sau can thiệp.

8.2 Manometry và perineometer

Máy đo áp lực như manometry hoặc perineometer sử dụng đầu dò đặt trong âm đạo hoặc trực tràng để đo áp lực sinh ra khi cơ sàn chậu co thắt. Chỉ số đo được thường ở đơn vị cmH_2O hoặc mmHg, phản ánh lực cơ một cách khách quan.

Nghiên cứu cho thấy đo áp lực có độ tin cậy cao hơn so với đánh giá lực cơ bằng tay. Phép đo này cũng hữu ích để theo dõi tiến triển điều trị, đặc biệt trong các trường hợp cơ yếu hoặc tăng trương lực không rõ ràng qua khám thông thường.

8.3 Siêu âm tầng sinh môn

Siêu âm tầng sinh môn có thể thực hiện qua ngả bụng dưới hoặc đầu dò đặt ngoài tầng sinh môn. Phương pháp này không xâm lấn, dễ thực hiện và mang

lại hình ảnh động về chuyển động của cơ sàn chậu, các cơ quan vùng chậu và mô liên kết.

Thông qua siêu âm, chuyên viên có thể đánh giá:

- Động tác nâng của cơ sàn chậu khi co
- Mức độ di chuyển của niệu đạo, bàng quang, tử cung khi rặn xuống (Valsalva)
- Độ di chuyển hoặc lệch vị trí của các cấu trúc giải phẫu

Siêu âm đặc biệt hữu ích ở bệnh nhân không thể hoặc không muốn khám trong. Độ tin cậy cao và tính an toàn giúp phương pháp này ngày càng được sử dụng rộng rãi trong đánh giá sàn chậu.

8.4 POP – Q và lượng hóa sa tạng

POP – Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification System) là hệ thống phân loại mức độ sa tạng chậu dựa trên các mốc giải phẫu cố định. Thăm khám sử dụng mỏ vịt và thước đo để xác định:

- Mức độ sa của từng thành âm đạo
- Vị trí cổ tử cung hoặc chóp vòm âm đạo (nếu đã cắt tử cung)
- Phân loại giai đoạn sa từ I đến IV

Việc lượng hóa giúp thống nhất chẩn đoán giữa các chuyên viên, tạo điều kiện so sánh kết quả trước và sau điều trị, đặc biệt trong các nghiên cứu hoặc khi theo dõi tiến triển sau can thiệp ngoại khoa hoặc bảo tồn.

8.5 Độ tin cậy và độ giá trị

Khi sử dụng các thiết bị đo lường, cần quan tâm đến hai tiêu chí:

- Độ tin cậy (Reliability): Khả năng cho kết quả giống nhau khi đo lặp lại hoặc khi đo bởi các chuyên viên khác nhau.
- Độ giá trị (Validity): Khả năng phản ánh chính xác đặc điểm cơ học hoặc sinh lý mà công cụ nhắm tới.

Mỗi công cụ có ưu và nhược điểm riêng:

- sEMG: Đo được hoạt động cơ theo thời gian thực, nhưng không đo lực trực tiếp
- Manometry: Đưa ra con số cụ thể về lực cơ, nhưng dễ bị ảnh hưởng bởi vị trí đặt đầu dò
- Siêu âm: Cung cấp hình ảnh động về cấu trúc và chức năng, nhưng đòi hỏi người đọc có kinh nghiệm

Vì vậy, phối hợp nhiều công cụ giúp đánh giá toàn diện hơn, khắc phục hạn chế của từng phương pháp riêng lẻ và nâng cao chất lượng chẩn đoán lâm sàng.

Chương 9 Phân loại rối loạn và chẩn đoán phân biệt

Dựa trên tất cả các dữ kiện thu thập được, Chương 9 trình bày cách phân loại rối loạn và chẩn đoán phân biệt các tình trạng bệnh lý sàn chậu thường gặp. Một chẩn đoán chính xác đòi hỏi phải tổng hợp thông tin từ bệnh sử, thăm khám lâm sàng và kết quả đo khách quan.

9.1 Phân loại rối loạn tiết niệu

Triệu chứng tiết niệu sẽ được phân loại để xác định người bệnh thuộc nhóm:

- Tiểu không kiểm soát gắng sức (Stress Urinary Incontinence – SUI): xảy ra khi ho, hắt hơi, chạy nhảy do áp lực vượt qua sức cản niệu đạo.
- Tiểu không kiểm soát do thôi thúc (Urge UI): mất kiểm soát đi tiểu đột ngột do co bóp bàng quang quá mức.
- Hội chứng bàng quang tăng hoạt (Overactive Bladder – OAB): thôi thúc đi tiểu kèm tần suất cao, có hoặc không có tiểu không kiểm soát.

Mỗi loại có cơ chế sinh bệnh và hướng điều trị khác nhau – từ hành vi, vật lý trị liệu đến dùng thuốc hoặc phẫu thuật.

9.2 Sa tạng chậu và phân giai đoạn

Nếu có biểu hiện sa tạng chậu (POP – Pelvic Organ Prolapse), việc lượng hóa mức độ sa rất quan trọng. Sử dụng thang POP – Q chuẩn hóa giúp phân chia:

- Sa độ I – IV tùy theo mức độ di chuyển của các thành âm đạo và cổ tử cung
- Quyết định xử trí: theo dõi, can thiệp bảo tồn hay phẫu thuật

9.3 Đau vùng chậu mạn và đau thần kinh thẹn

Đối với trường hợp đau vùng chậu kéo dài, cần nhận diện:

- Đau thần kinh thẹn (pudendal neuralgia): đau sâu, tăng khi ngồi, giảm khi đứng hoặc nằm
- Các nguyên nhân khác: viêm mạn, co cứng cơ, nội mạc tử cung lạc chỗ, u…

Chẩn đoán phân biệt chính xác sẽ giúp lựa chọn hướng điều trị phù hợp và tránh điều trị sai mục tiêu.

9.4 Rối loạn tiêu hóa chức năng

Các tình trạng như hội chứng ruột kích thích (IBS), táo bón mạn không do tổn thương thực thể có thể làm trầm trọng thêm hoặc khởi phát rối loạn sàn chậu. Cần được:

- Phát hiện sớm qua bệnh sử và bảng hỏi
- Điều trị phối hợp giữa tiêu hóa và sàn chậu để hiệu quả hơn

9.5 Rối loạn chức năng tình dục liên quan sàn chậu

Các biểu hiện có thể bao gồm:

- Ở nữ: đau khi giao hợp (dyspareunia), co thắt âm đạo (vaginismus)
- Ở nam: rối loạn cương dương, xuất tinh sớm do yếu hoặc tăng trương lực cơ sàn chậu

Cần đánh giá phối hợp giữa cơ học, nội tiết và tâm lý để can thiệp toàn diện.

Chẩn đoán phân biệt toàn diện

Để không bỏ sót nguyên nhân nghiêm trọng, cần loại trừ:

- Nhiễm trùng đường tiểu, viêm nhiễm phụ khoa
- Các khối u vùng chậu
- Bệnh lý thần kinh (tủy sống, rễ thần kinh…) ảnh hưởng tiểu tiện

Kết luận

Kết thúc quá trình đánh giá, người thầy thuốc có được bức tranh toàn diện về:

- Người bệnh có vấn đề gì?
- Mức độ ra sao?
- Ảnh hưởng như thế nào đến cuộc sống?

Lời kết Phần II Đánh giá

Đánh giá là bước đầu tiên – và quan trọng bậc nhất – để mở ra cánh cửa chăm sóc hiệu quả cho người bệnh sàn chậu. Phần II đã đi qua toàn bộ quá trình này, từ việc khai thác bệnh sử có trọng tâm, khám lâm sàng có hệ thống, sử dụng các công cụ đo khách quan, cho đến phân loại chẩn đoán cụ thể. Mỗi bước không chỉ nhằm xác định tên bệnh, mà còn để thấu hiểu trải nghiệm thực tế của người bệnh: họ khó chịu ra sao, điều gì khiến họ lo lắng, và họ kỳ vọng gì ở quá trình điều trị.

Người làm công tác đánh giá – dù là bác sĩ, chuyên viên vật lý trị liệu, hay điều dưỡng chuyên sâu – không thể chỉ dừng lại ở việc "tìm triệu chứng" hay "đo lực cơ". Họ cần đặt mình vào hoàn cảnh của bệnh nhân, hỏi những câu hỏi đúng, lắng nghe không phán xét, và dùng các thang đo đã được kiểm chứng để làm sáng rõ từng vấn đề.

Khi thông tin từ nhiều nguồn – quan sát, khám tay, thiết bị đo, bảng hỏi – được tích hợp lại, chúng ta có thể vẽ nên một bức tranh lâm sàng đầy đủ, chính xác và mang tính cá thể. Đó là điều kiện tiên quyết để lựa chọn đúng phương pháp can thiệp, điều chỉnh kế hoạch khi cần, và theo dõi sự cải thiện một cách khách quan, hiệu quả.

Với nền tảng đánh giá vững chắc như đã trình bày trong phần này, người làm chuyên môn có thể tự tin bước vào giai đoạn tiếp theo: PHẦN III – CAN THIỆP, nơi mọi hiểu biết sẽ được chuyển hóa thành hành động – khoa học và nhân văn – để phục hồi chất lượng sống cho người bệnh sàn chậu.

Đây chính là nền tảng vững chắc để xây dựng kế hoạch điều trị cá thể hóa trong PHẦN III: CAN THIỆP. Với phương pháp tiếp cận đa chiều và dựa trên bằng chứng như trình bày trong Phần II, chúng ta không chỉ chẩn đoán chính xác mà còn thấu hiểu người bệnh – từ đó nâng cao chất lượng chăm sóc và hiệu quả điều trị các rối loạn sàn chậu.

PHẦN III CAN THIỆP

Phần III tập trung vào các phương pháp can thiệp nhằm quản lý và điều trị toàn diện các rối loạn sàn chậu. Sau khi đã đánh giá và chẩn đoán (ở các phần trước), giai đoạn can thiệp sẽ bao gồm từ các biện pháp giáo dục, thay đổi hành vi đơn giản cho đến các kỹ thuật luyện tập chuyên sâu và liệu pháp hỗ trợ, nhằm giúp cải thiện triệu chứng và chất lượng sống cho bệnh nhân. Mục tiêu là xây dựng một kế hoạch điều trị cá thể hoá, kết hợp đa mô thức, đồng thời phối hợp nhiều chuyên khoa để đạt hiệu quả tối ưu trong kiểm soát các vấn đề như tiểu không tự chủ, sa tạng chậu, đau vùng chậu mãn tính hay rối loạn chức năng
tình dục.

Trước hết, giáo dục bệnh nhân và điều chỉnh lối sống là nền tảng quan trọng của mọi can thiệp. Bệnh nhân được hướng dẫn ghi nhật ký bàng quang – ruột để theo dõi thói quen tiểu tiện và đại tiện, qua đó giúp xác định các yếu tố khởi phát triệu chứng và đo lường tiến bộ trong quá trình điều trị. Những thay đổi hành vi đơn giản như quản lý lượng dịch uống (uống đủ nhưng tránh uống quá nhiều gần giờ ngủ), hạn chế caffeine và đồ uống có ga, cùng với việc phòng ngừa và điều trị táo bón đều có thể làm giảm đáng kể các triệu chứng đường tiểu dưới. Thật vậy, các hướng dẫn đều khuyến cáo việc tăng cường vận động, kiểm soát cân nặng và bỏ thuốc lá (nếu có) song song với điều chỉnh chế độ ăn uống là bước đầu tay trong kiểm soát các rối loạn tiểu tiện. Những biện pháp này an toàn, chi phí thấp và nên được áp dụng trước khi xem xét đến thuốc hay phẫu thuật, hoặc kết hợp song hành với các điều trị khác.

Song song với thay đổi lối sống, luyện tập cơ sàn chậu (Pelvic Floor Muscle Training – PFMT) giữ vai trò trọng tâm trong phục hồi chức năng sàn chậu. Các bài tập Kegel được cá nhân hóa theo nguyên tắc tăng dần sức mạnh, sức bền và khả năng phối hợp của nhóm cơ sàn chậu. Nhiều nghiên cứu và khuyến nghị thực hành lâm sàng đã khẳng định PFMT là liệu pháp đầu tay cho chứng tiểu không tự chủ ở phụ nữ. Chẳng hạn, với tiểu không tự chủ khi gắng sức (Stress Urinary Incontinence – SUI), bệnh nhân nên được tập co thắt nhanh cơ sàn chậu ngay trước và trong mỗi lần ho, hắt hơi hoặc nâng vật nặng (kỹ thuật “The Knack”) để chủ động ngăn ngừa rò rỉ nước tiểu. Nguyên tắc tập

luyện cần đảm bảo đúng kỹ thuật và tiến độ: ban đầu là các co thắt ngắn và dài cơ bản, sau đó tăng dần số lần tập, thời gian giữ cơ và bổ sung bài tập trong các tư thế và hoạt động đa dạng hơn nhằm nâng cao sức bền và khả năng phản xạ của cơ sàn chậu. Việc kiên trì tập luyện ít nhất 3 tháng với tần suất tối thiểu 3 lần mỗi ngày (mỗi lần ~8 nhịp co) thường được khuyến cáo, vì bằng chứng cho thấy chương trình tập kéo dài 3 – 6 tháng có hiệu quả rõ rệt cho hầu hết các trường hợp tiểu không kiểm soát.

Các liệu pháp hỗ trợ cũng được giới thiệu trong phần này nhằm tối ưu hóa hiệu quả tập luyện và giảm triệu chứng. Phản hồi sinh học (biofeedback) là một phương pháp giúp bệnh nhân nhận biết và điều chỉnh tốt hơn các co thắt cơ sàn chậu của mình thông qua tín hiệu phản hồi trực quan hoặc thính giác. Cụ thể, một đầu dò đặt trong âm đạo (hoặc hậu môn) sẽ ghi nhận hoạt động cơ và hiển thị trên màn hình, từ đó người tập biết được mình có co đúng nhóm cơ và cường độ cần thiết hay không. Mặc dù một số tổng quan cho thấy biofeedback chưa chắc đem lại lợi ích bổ sung đáng kể so với tập Kegel đơn thuần, nó có thể đóng vai trò tạo động lực và giúp bệnh nhân tuân thủ bài tập đều đặn hơn. Kích thích điện cũng là công cụ hữu ích trong trường hợp bệnh nhân chưa cảm nhận hoặc chưa tự co được cơ sàn chậu. Phương pháp này sử dụng một điện cực đặt âm đạo/hậu môn phát dòng điện nhẹ để kích hoạt sự co cơ, hỗ trợ bệnh nhân học cách điều khiển cơ sàn chậu. Bên cạnh đó, phần này còn đề cập đến các liệu pháp bằng tay và dụng cụ hỗ trợ nhằm cải thiện tình trạng tăng trương lực hoặc đau tại sàn chậu. Ví dụ, kỹ thuật xoa bóp cơ và giải phóng điểm kích hoạt (trigger point release) có thể giúp giảm co thắt và đau cơ. Đối với các trường hợp đau vùng chậu mãn tính, bệnh nhân có thể được hướng dẫn sử dụng dụng cụ nong giãn (dilator) hoặc que massage cong đặc biệt để tự xoa bóp và thư giãn cơ bên trong âm đạo/trực tràng một cách an toàn. Nghiên cứu cho thấy việc tự áp dụng dụng cụ này vài lần mỗi tuần giúp giảm đáng kể độ nhạy đau và 95% bệnh nhân đánh giá giảm đau rõ rệt, đồng thời không ghi nhận tác dụng phụ nghiêm trọng nào xảy ra. Tất cả các biện pháp can thiệp này đều đòi hỏi nguyên tắc an toàn: phải khám và đánh giá cẩn thận trước khi chỉ định, hướng dẫn kỹ cho người bệnh, theo dõi đáp ứng và

điều chỉnh kịp thời nếu có dấu hiệu
bất thường.

Một nội dung quan trọng của Phần III là cách xây dựng kế hoạch điều trị theo từng hội chứng cụ thể. Thay vì áp dụng một cách máy móc mọi kỹ thuật cho mọi bệnh nhân, người thực hành cần biết phối hợp chọn lọc các biện pháp phù hợp với từng tình trạng bệnh lý. Chẳng hạn, với SUI (tiểu không tự chủ gắng sức), trọng tâm điều trị là tăng cường sức mạnh cơ sàn chậu và rèn luyện phản xạ co thắt nhanh (như kỹ thuật The Knack); trong khi với UUI (tiểu không tự chủ do thôi thúc) hay OAB (hội chứng bàng quang tăng hoạt), việc điều chỉnh thói quen tiểu tiện (bladder training) kết hợp với kỹ thuật nhịn tiểu khi có thôi thúc và tập cơ sàn chậu giúp tăng dung tích chứa của bàng quang và giảm cảm giác mót tiểu. Đối với sa tạng chậu mức độ nhẹ (POP nhẹ), chương trình tập cơ sàn chậu chuyên sâu có thể giúp nâng đỡ các cơ quan vùng chậu tốt hơn, kèm theo hướng dẫn bệnh nhân tránh các hoạt động làm tăng áp lực ổ bụng (như mang vác nặng, rặn mạnh khi đi vệ sinh). Các trường hợp đau vùng chậu mãn tính hoặc rối loạn chức năng tình dục (như co thắt âm đạo, đau khi giao hợp, rối loạn xuất tinh, đau vùng đáy chậu ở nam giới) sẽ cần phối hợp nhiều liệu pháp: vừa tập thư giãn cơ, kéo giãn mô mềm, vừa áp dụng kỹ thuật thần kinh – cơ (như kích thích điện thần kinh để giảm đau hoặc phản hồi sinh học để học cách thả lỏng cơ), đồng thời có thể cần tham vấn tâm lý để giải tỏa yếu tố cảm xúc đi kèm. Trường hợp táo bón chức năng cũng được quan tâm đặc biệt, vì nó thường liên quan mật thiết đến rối loạn sàn chậu: người bệnh sẽ được hướng dẫn chế độ ăn giàu chất xơ, tạo thói quen đại tiện đúng giờ, kết hợp bài tập cơ sàn chậu cho việc đi cầu (biofeedback trực tràng, kỹ thuật thở và thư giãn cơ đáy chậu khi rặn) nhằm cải thiện hiệu quả đại tiện.

Cuối cùng, phần III nhấn mạnh tính liên ngành và theo dõi dài hạn trong chăm sóc rối loạn sàn chậu. Do tính chất phức tạp, các bệnh lý sàn chậu đòi hỏi sự phối hợp chặt chẽ giữa nhiều chuyên khoa: Sản phụ khoa, Niệu khoa, Tiêu hóa và cả Đau mạn tính. Việc xây dựng một đường dẫn chăm sóc chung giúp các bác sĩ thống nhất hướng tiếp cận và không bỏ sót khía cạnh nào của

bệnh. Tại các trung tâm chuyên sâu, mô hình đa chuyên khoa cùng tham gia (ví dụ: phòng khám "một điểm đến" hoặc hội chẩn nhóm MDT định kỳ) đã được chứng minh là có lợi cho người bệnh. Nhiều trường hợp kế hoạch điều trị ban đầu đã được thay đổi hoặc bổ sung sau khi thảo luận tại MDT, đặc biệt ở các bệnh nhân phức tạp, và các yêu cầu chuẩn hóa hiện nay cũng đề cao việc mọi bệnh nhân sàn chậu nên được xem xét trong cuộc họp MDT. Bên cạnh đó, theo dõi kết quả điều trị là bước không thể thiếu để đánh giá hiệu quả can thiệp và định hướng chăm sóc tiếp theo. Phần này sẽ giới thiệu các chỉ số đánh giá do bệnh nhân tự báo cáo (Patient – Reported Outcome Measures – PROMs) đang được sử dụng phổ biến hiện nay. Các bảng hỏi PROM được thiết kế để định lượng triệu chứng, đánh giá mức độ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, ghi nhận sự cải thiện sau điều trị, cũng như mức độ hài lòng của người bệnh đối với kết quả đạt được. Dựa trên những dữ liệu này, người điều trị có thể xác định tiêu chí thành công, thời điểm ngừng trị liệu hoặc chuyển sang giai đoạn duy trì, cũng như phát hiện sớm nếu cần thay đổi chiến lược can thiệp.

Như vậy, Phần III: Can thiệp sẽ cung cấp một cái nhìn toàn diện về các biện pháp điều trị không xâm lấn trong lĩnh vực phục hồi chức năng sàn chậu. Sự kết hợp giữa thay đổi lối sống, bài tập chuyên biệt, kỹ thuật hỗ trợ và quản lý theo từng hội chứng, dưới sự giám sát của nhóm liên chuyên khoa, chính là chìa khóa giúp nâng cao hiệu quả điều trị và cải thiện đáng kể cuộc sống của người bệnh. Các chương tiếp theo sẽ đi sâu vào từng phương pháp cụ thể, cung cấp hướng dẫn thực hành chi tiết để áp dụng những nguyên tắc trên vào thực tế lâm sàng.

Chương 10 Giáo dục, hành vi & lối sống – Education, behavior & lifestyle

10.1 Nhật ký bàng quang/ruột & chiến lược dịch nhập – Diaries & fluid strategies

Mục tiêu

- Thu thập dữ liệu khách quan về thói quen đi tiểu/đại tiện.
- Xác định tác nhân khởi phát và thời điểm triệu chứng.
- Cá thể hóa kế hoạch điều chỉnh dịch nhập (fluid) và hành vi.

Nhật ký bàng quang (3 ngày)

- Ghi: giờ uống nước/đồ uống (loại & lượng mL), giờ đi tiểu, thể tích mỗi lần (nếu đo được), mức gấp (0 – 3), có rò rỉ không (Y/N), hoạt động kèm theo (ho, chạy, nâng…).
- Mẫu ghi nhanh (một dòng): 07:30 | Nước 300 mL | 08:10 tiểu 280 mL | gấp=1 | rò=0 | ho khi đi lại
- Diễn giải:

+ Khoảng cách giữa các lần tiểu ban ngày 2 – 4 giờ thường hợp lý.

+ Lượng nước cả ngày thường 30 – 35 mL/kg (tùy bệnh và bác sĩ điều chỉnh).

+ Thức uống kích thích (cafe, trà đậm, nước có gas, rượu) liên hệ với gấp/rò?

Nhật ký ruột (3 – 7 ngày)

- Ghi: số lần đi cầu/ngày, phân loại Bristol (1 – 7), rặn nhiều/ít, cảm giác tống hết, đau, máu, thói quen ngồi lâu lướt điện thoại (Y/N).
- Mục tiêu: Bristol 3 – 4, thời gian ngồi bồn <10 phút, rặn tối thiểu.

Chiến lược dịch nhập (Fluid strategies)

- Mục tiêu: đủ nước để nước tiểu vàng nhạt, tránh uống dồn buổi tối.
- Chia nhỏ: 1/2 buổi sáng, 1/3 buổi chiều, giảm sau 19 – 20h nếu tiểu đêm.
- Không "ép nước": quá nhiều → tiểu dắt/gấp. Không "nhịn nước": tiểu sẫm, kích thích bàng quang.
- Mẹo: mang chai có vạch mL; đánh dấu mục tiêu theo giờ.

10.2 Caffeine, rượu, táo bón – Caffeine, alcohol, constipation

Caffeine & đồ uống có gas

- Tác động: tăng kích thích bàng quang → gấp/tiểu nhiều.
- Khuyến nghị:

+ Giảm dần 25 – 50% mỗi 3 – 4 ngày để tránh mệt đầu.

+ Ưu tiên decaf/trà nhạt; hạn chế nước có gas, nước tăng lực.

Rượu/bia

- Tác động: lợi niệu + giảm kiểm soát → tăng rò, tiểu đêm.
- Khuyến nghị: giới hạn theo chuẩn sức khỏe; tránh sát giờ ngủ.

Táo bón (constipation)

- Vì sao quan trọng: rặn tăng áp lực ổ bụng (IAP) → đè sàn chậu, làm nặng SUI/POP/đau.
- Chiến lược "3F + 2H":

+ Fiber (chất xơ): 20 – 30 g/ngày (rau, trái cây, ngũ cốc nguyên cám); tăng dần 1 – 2 g/ngày.

+ Fluid: đủ nước theo mục tiêu 10.1.

+ Frequency: tạo nhịp đi cầu (sau ăn sáng/đầy đủ thời gian).

+ Habit: ghế kê chân 15 – 20 cm, gập hông; thở ra – thả lỏng PFM (không rặn gồng).

+ Hygiene: tránh ngồi lâu, không lướt điện thoại.

- Hỗ trợ: men xơ/psyllium; nếu cần, tham vấn thuốc nhuận trường nhẹ theo y lệnh.

10.3 Vệ sinh tiểu tiện & luyện bàng quang – Bladder training basics

Vệ sinh tiểu tiện (bladder hygiene)

- Không "tiểu phòng xa" quá thường xuyên (just – in – case) → bàng quang học chứa ít.
- Không nín thở khi đi tiểu; thả lỏng vai – bụng – sàn chậu, để dòng chảy tự nhiên.
- Ngồi vững (nữ): hai chân đặt đất/ghế kê; tránh rướn người.

Luyện bàng quang (bladder training)

- Mục tiêu: tăng dần khoảng cách giữa hai lần tiểu và giảm gấp.
- Kế hoạch 6 – 8 tuần:

+ Tuần 1 – 2: nếu đang 60 – 90 phút/lần, đặt mục tiêu +15 phút giữa các lần, dùng kỹ thuật trì hoãn gấp (mục dưới).

+ Tuần 3 – 4: tăng lên 2 – 2.5 giờ.

+ Tuần 5 – 8: hướng tới 3 – 4 giờ (cá thể hóa).

- Kỹ thuật trì hoãn thôi thúc (urge suppression):

1) Dừng đứng yên (đừng lao vào toilet).
2) Thở ra chậm + co nhanh PFM 3 – 5 lần (quick flicks).
3) Tập trung vào việc khác (đếm ngược, ép đầu lưỡi vòm miệng).
4) Khi gấp giảm → đi chậm tới nhà vệ sinh.

- Theo dõi: ghi lại "mốc thành công" trong nhật ký (kéo dãn thêm được bao nhiêu phút).

10.4 Ergonomics nâng – ho – hắt hơi – Ergonomics & The Knack intro

Nguyên tắc chung

- Xếp chồng: xương ức trên xương mu; cột sống thắt lưng trung lập; hông gập (hip – hinge) khi cúi.
- Thở ra trước – rồi làm: tránh Valsalva kéo dài (nín thở gắng sức).
- Chia tải: bế vật sát người, dùng hai tay, tránh xoay người khi đang nâng.

"The Knack" – co dự phòng khi tăng áp lực

- Mục tiêu: "khóa" áp lực tại thành – nắp (bụng – cơ hoành), không dồn xuống đáy.
- Cách thực hiện:
  + Thở ra khẽ.
  + Kéo sàn chậu lên – vào nhanh, nhẹ (0.5 – 1 giây; 30 – 40% sức).
  + Thực hiện động tác: ho/hắt hơi/nâng/bước xuống bậc.
- Luyện tập: 10 – 15 lần/ngày, trong các tình huống mô phỏng (đứng dậy, nhấc chai nước, ho giả…).
- Sai lầm thường gặp & sửa:

  + Gồng quá mạnh/quá lâu → mỏi, tăng căng: giữ nhẹ – ngắn – đúng lúc.

  + Đẩy bụng xuống khi co: dùng cue "kéo khóa kéo từ đáy chậu hướng rốn".

Ergonomics theo tình huống

- Ho/hắt hơi: xoay người hơi sang bên, thở ra + The Knack, che miệng/cánh tay (vệ sinh).
- Nâng đồ: chân rộng bằng vai, hip – hinge, thở ra + The Knack khi nhấc; bước chân đổi hướng, không xoay lưng.
- Việc nhà (lau sàn, giặt): thay đổi tư thế mỗi 5 – 10 phút; dùng gối đỡ gối khi quỳ.

10.5 Trở lại hoạt động thể thao – Return to sport guidance

Nguyên tắc 4P (Pain – Pressure – Performance – Progression)

- Pain (đau): 0 – 2/10 chấp nhận được trong/sau buổi; >3/10 → giảm cường độ/đổi bài.
- Pressure (áp lực): không tăng cảm giác nặng, tụt vùng chậu; không rò khi ho/nhảy.
- Performance (hiệu suất): giữ kỹ thuật thở – xếp chồng – The Knack ổn định.
- Progression (tiến triển): tăng một biến mỗi lần (thời lượng hoặc cường độ hoặc tác động).

Lộ trình gợi ý (cá thể hóa theo triệu chứng)

- Giai đoạn nền (2 – 4 tuần): đi bộ, đạp xe nhẹ, PFMT (co chậm + nhanh), thở cơ hoành, bài core nhẹ (dead bug, bridge).
- Giai đoạn tác động thấp (2 – 4 tuần): squat/hang gối, bước bục thấp, jumping jack chỉnh sửa (mini – hop), bài tải hông.
- Giai đoạn tác động vừa – cao: chạy ngắn – chạy bộ, nhảy dây ít vòng, bài plyometric nhỏ – có kiểm soát.
- Check mỗi buổi: có rò? có cảm giác nặng/vướng? mỏi đáy chậu kéo dài >24h? → nếu có, lùi 1 bậc.

Mẹo theo môn

- Chạy: tăng khối lượng 10%/tuần; tập nhịp chân (cadence) cao hơn chút giúp giảm lực va.
- Tập tạ: ưu tiên thở ra khi qua điểm khó + The Knack; tạ tự do nhẹ trước, tránh Valsalva nặng.
- Yoga/Pilates: chọn chuỗi không kéo căng cực trị đáy chậu lâu; chú ý thở.
- Sau sinh/POP nhẹ: tránh nhảy cao & gồng bụng mạnh trong 8 – 12 tuần đầu; đánh giá PFMT trước khi tăng mức.

Điểm nhớ cuối chương

- Ghi chép → Hiểu thói quen → Điều chỉnh chính xác.
- Nước đủ – xơ đủ – thở ra trước khi gắng sức.
- PFMT + The Knack là "bộ đôi" nền tảng.
- Tiến triển thể thao theo 4P; lui bước khi triệu chứng tăng.

Hộp kiểm nhanh (clinic checklist)

- Đã hướng dẫn nhật ký bàng quang/ruột (3 – 7 ngày).
- Đã thiết lập mục tiêu dịch nhập và kế hoạch giảm caffeine/rượu.
- Đã dạy bladder training + urge suppression.
- Đã dạy The Knack + ergonomics theo tình huống.
- Đã lên lộ trình trở lại thể thao (có tiêu chí 4P).

Chương 11 Tập cơ sàn chậu (PFMT) – Pelvic floor muscle training

11.1 Đánh giá đầu vào & mục tiêu SMART – Baseline & SMART goals

A. Đánh giá đầu vào (baseline)

- Khám lâm sàng PFM: trương lực nghỉ, điểm đau, phối hợp (co – giãn đúng nhóm cơ hay gồng mông/đùi – bụng trên).
- Sức mạnh cơ: thang Oxford 0 – 5.
- PERFECT: P (Power/Oxford), E (Endurance – giữ co tối đa giây), R (Repetitions – số lần giữ tối đa lặp lại), F (Fast – số co nhanh trong 10 giây), ECT (ghi thời gian từng co & nghỉ).
- Khách quan bổ sung (khi có): sEMG (biên độ/kiểu kích hoạt), manometry/perineometer (cmH_2O/mmHg), siêu âm tầng sinh môn (nâng đáy chậu, di động cổ BQ).
- Triệu chứng & ảnh hưởng: ICIQ – UI SF, PFDI – 20/PFIQ – 7, nhật ký bàng quang, pad test 1 giờ/24 giờ (nếu cần).
- Bối cảnh – cờ đỏ – chống chỉ định tương đối: nhiễm trùng cấp, đau cấp chưa rõ, loét/rách mới, hậu phẫu chưa lành, thai kỳ nguy cơ cao (làm theo y lệnh), chấn thương tâm lý chưa sẵn sàng khám nội.

B. Mục tiêu SMART (Specific – Measurable – Achievable – Relevant – Time – bound)

- Cụ thể: “Giảm rò khi ho”, “tăng giữ co 10 giây”.
- Đo lường: ICIQ giảm ≥ 3 điểm; Oxford +1 bậc; pad test giảm ≥ 50%.
- Khả thi: phù hợp lịch sống, sau sinh/POP nhẹ → mục tiêu tiến triển vừa.
- Liên quan: gắn với hoạt động thực (bế con, chạy 3 km).
- Thời hạn: mốc 4 – 6 – 12 tuần.

Ví dụ: "Trong 8 tuần, bệnh nhân tăng E từ 4→8 giây, R từ 4→8 lần, không rò khi ho 10/10 lần với The Knack."

11.2 Thành phần: sức mạnh – sức bền – nhanh – phối hợp – Components

A. Sức mạnh (Strength)

- Mục tiêu: tăng lực co tối đa (Power/Oxford).
- Bài tập: Co chậm tối đa (MVC) 5 – 10 giây → nghỉ 5 – 10 giây; 8 – 12 lần/hiệp; 2 – 3 hiệp/ngày.
- Mẹo: ưu tiên chất lượng co (kéo lên – vào trung tâm), tránh đẩy xuống.

B. Sức bền (Endurance)

- Mục tiêu: duy trì đóng "cổng áp lực" trong hoạt động kéo dài.
- Bài tập: giữ 10 – 30 giây ở 40 – 60% sức tối đa; 5 – 10 lần; thở đều, không nín thở.

C. Nhanh (Fast/Reactive)

- Mục tiêu: đáp ứng tăng áp lực đột ngột (ho, hắt hơi, bật nhảy).
- Bài tập: Quick flicks 10 – 15 lần (co 1 giây – thả 1 giây) × 2 – 3 set, kèm luyện The Knack trong tình huống thực.

D. Phối hợp (Coordination)

- Mục tiêu: tuyển đúng nhóm cơ, đồng bộ với cơ hoành – TrA – đa liên.
- Bài tập:

+ Cue hô hấp: hít vào dãn, thở ra co – nâng.

+ Nhiệm vụ chức năng: đứng dậy, bước bục, bế vật nhẹ + nhịp thở/Knack.

+ Biofeedback (nếu có) để sửa tuyển mộ sai.

E. Down – training (khi tăng trương lực/đau)

- Mục tiêu: giảm căng, phục hồi biên độ giãn.
- Bài tập: thở cơ hoành 4 – 6; body scan đáy chậu; kéo giãn nhẹ; co – giãn mức thấp (30%) để tái lập nhịp.

11.3 Liều lượng & tiến triển tư thế – Dosage & positional progression

A. Nguyên tắc liều lượng

- Tần suất: 1 – 3 lần/ngày (tổng 60 – 120 co chất lượng/ngày, gồm chậm & nhanh).
- Thời gian chương trình: 12 tuần là mốc chuẩn; đánh giá lại ở tuần 4 – 6 – 12.
- Tải tăng dần: tăng một biến mỗi lần (số lần, thời gian giữ, tư thế, tình huống chức năng).
- Quy tắc 2 – điểm: nếu VAS đau >2/10 hoặc mỏi kéo dài >24h → giảm 10 – 20%.

B. Tiến triển tư thế (từ dễ → khó)

- Nằm (gối co/hai gối): học cảm giác co – giãn đúng; biofeedback nếu có.
- Ngồi: thêm trọng lực, sửa thói quen gồng mông/đùi.
- Đứng: tăng thách thức, tích hợp The Knack.
- Chức năng: squat, bước bục, nâng nhẹ, ho/hắt hơi mô phỏng, chạy bộ mức thấp.

Gợi ý chu trình 8 – 12 tuần (tham khảo, cá thể hoá theo Oxford/PERFECT):

- Tuần 1 – 2: nằm/ngồi; co chậm 5 – 8s × 8 – 10; quick 10 – 15; 2 – 3 set/ngày.
- Tuần 3 – 4: ngồi/đứng; co chậm 8 – 10s × 8 – 12; quick 15; thêm The Knack khi đứng dậy/ho.
- Tuần 5 – 8: đứng/chức năng; co chậm 10s × 10 – 12; quick 20; thêm bài core nhẹ (bridge, dead bug).

- Tuần 9 – 12: chức năng & thể thao; task – specific (chạy, nhảy thấp, nâng), duy trì 3 – 4 ngày/tuần.

C. Kiểm soát kỹ thuật (form)

- Không nín thở; thở ra khi bắt đầu co.
- Không gồng mông/đùi/bụng trên; đặt tay phản hồi.
- Không đẩy bụng/đáy chậu xuống; cue "kéo khoá kéo về rốn".

11.4 The Knack & tích hợp với hô hấp – The Knack & breathing integration

A. The Knack (co dự phòng)

- Mục tiêu: "khóa" áp lực trước khi IAP tăng đột ngột.
- Thực hiện:

  + Thở ra khẽ.

  + Co – nâng PFM nhanh, nhẹ 0.5 – 1 giây (30 – 40% sức).

  + Thực hiện động tác (ho/hắt hơi/nâng/bật).

- Luyện: 3 cụm tình huống chính (đứng dậy, ho giả, nhấc vật 2 – 5 kg) × 10 lần/ngày.

B. Đồng bộ hô hấp – core

- Hít vào: cơ hoành hạ, PFM dãn → không gồng giữ.
- Thở ra: cơ hoành nâng, PFM co – nâng → tận dụng để bắt đầu co chậm.
- Tích hợp TrA: "ôm nhẹ vòng bụng" khi thở ra + co PFM (không hóp bụng quá sâu).

C. Ứng dụng thực tế

- Ho/hắt hơi: quay người nhẹ sang bên, thở ra + Knack.
- Nâng: hít chuẩn bị – thở ra + Knack đúng thời điểm vượt điểm khó.

- Chạy/nhảy: luyện quick flicks nhịp 2 – 3 bước một lần ở pha thở ra (khi cần).

11.5 Theo dõi tuân thủ & kết quả – Adherence & outcomes tracking

A. Tuân thủ (adherence)

- Nhật ký tập giấy/app (nhắc giờ, đếm set).
- Cue môi trường: gắn tập với thói quen (sau đánh răng, khi cho con bú, nghỉ giải lao).
- Micro – dose: nhiều "liều nhỏ chất lượng" trong ngày tốt hơn một lần dài kém kỹ thuật.
- Giảm rào cản: chọn tư thế kín đáo, thời điểm riêng tư; dùng biofeedback để tạo động lực.

B. Theo dõi kết quả (outcomes)

- Lâm sàng: Oxford/PERFECT mỗi 4 – 6 tuần; pad test; số lần rò/tuần; số lần ho/nhảy thành công không rò.
- Thang đo: ICIQ – UI SF, PFDI – 20/PFIQ – 7, NRS đau, PSFS (mục tiêu chức năng tự chọn).
- Hình ảnh/thiết bị (khi có): sEMG (biên độ/kiểu mỏi), manometry (áp lực tối đa/duy trì), US (biên độ nâng).
- Tiêu chí tiến triển:

  + Oxford ↑ ≥1 bậc hoặc P tăng ≥1 mức.

  + E tăng ≥3 – 5 giây; R tăng ≥3; F ≥ 3 – 5 lần/10 giây.

  + ICIQ giảm ≥3 điểm; pad test giảm ≥50%.

  + Giảm số "sự kiện rò" ≥50% trong hoạt động đích.

C. Khi nào điều chỉnh/kết thúc/duy trì

- Điều chỉnh: không tiến bộ 2 – 4 tuần → xem lại kỹ thuật, liều, phối hợp down – training, bổ sung biofeedback/NMES.

- Chuyển tuyến/ghi nhận khác: nghi POP nặng, đau tăng, cờ đỏ, thất bại bảo tồn → tham vấn chuyên khoa.
- Duy trì: sau 12 tuần đạt mục tiêu → tập bảo trì 2 – 3 buổi/tuần; duy trì The Knack trong hoạt động đời thường.

Điểm nhớ cuối chương

- Đánh giá tốt → mục tiêu SMART rõ → PFMT đúng liều – đúng lúc.
- Bốn trụ PFMT: sức mạnh – sức bền – nhanh – phối hợp, kèm down – training khi tăng trương lực.
- Tiến triển tư thế: nằm → ngồi → đứng → chức năng; tăng một biến mỗi lần.
- The Knack + nhịp thở là chìa khóa chống rò do tăng áp lực.
- Theo dõi có hệ thống (PERFECT/ICIQ/pad test) để chứng minh hiệu quả và điều chỉnh kế hoạch.

Chương 12 Biofeedback, kích thích điện, liệu pháp tay & dụng cụ
Biofeedback, e – stim, manual therapy & devices

12.1 Giao thức biofeedback EMG – EMG biofeedback protocols

A. Mục tiêu & nguyên lý

- Mục tiêu: giúp người bệnh *nhìn thấy/nghe thấy* hoạt động cơ sàn chậu (PFM) theo thời gian thực → học co đúng nhóm cơ, biết thả lỏng, tăng độ bền và phối hợp.
- Nguyên lý: cảm biến EMG bề mặt (sEMG) *intravaginal/anal* hoặc điện cực dán quanh đáy chậu ghi biên độ điện cơ khi co – giãn; phần mềm hiển thị dạng đồ thị/đèn/mục tiêu.

B. Chuẩn bị & đặt điện cực

- Loại điện cực:

+ *Intravaginal/anal probe* (1 kênh) cho tín hiệu rõ.

+ Điện cực dán perineal (một cặp trên cơ quanh hậu môn/tiền đình) nếu không thể dùng đầu dò.

- Vệ sinh & đồng thuận: giải thích mục tiêu, quyền dừng; sát khuẩn tay – đầu dò; gel dẫn điện/trơn phù hợp; màn che kín.
- Tư thế: nằm ngửa gối co → ngồi → đứng (tiến triển dần).

C. Hiệu chuẩn & bài tập mẫu (3 pha)

1) Nhận biết (Weeks 0 – 2)

- *Set – up:* chỉnh nhiễu (lọc 20 – 500 Hz), đặt ngưỡng nền (baseline) khi thả lỏng.
- *Bài:* 10 chu kỳ co chậm 5s – nghỉ 10s; 10 co nhanh (quick flicks) 1s – 1s.

- *Mục tiêu:* thấy đường tín hiệu vọt lên khi co, về nền khi thả; tránh "gồng" mông/đùi/bụng trên (đặt thêm điện cực đối chứng nếu cần).

2) Rèn chất lượng & bền (Weeks 2 – 6)

- *Bài:* giữ 8 – 10s ở 40 – 60% biên độ tối đa × 8 – 10 lần; xen kẽ cụm quick flicks 10 – 15 lần.
- *Huấn lệnh (cue):* "kéo lên – vào, đỉnh tín hiệu ổn định, thả lỏng *mượt* về baseline".

3) Chức năng & phản xạ (Weeks 6 – 12)

- *Bài:* mô phỏng đứng dậy, ho giả, nhấc vật 2 – 5 kg; The Knack theo dõi trên màn hình (tín hiệu *tăng trước* đỉnh ho).
- *Mục tiêu:* thời điểm co đúng, rơi áp nhanh về baseline sau kích thích.

D. Mẹo kỹ thuật & xử lý lỗi

- Nền cao, tín hiệu "nhiễu": kiểm "thả lỏng thật" (down – training), thở cơ hoành 4 – 6; kiểm các cơ "đồng phạm" (mông/đùi/bụng).
- Không thấy đỉnh khi co: tăng tiếp xúc đầu dò, kiểm *cue* hình ảnh; thử *pre – activation* TrA nhẹ khi thở ra.
- Đau/khó chịu: dừng ngay, đổi tư thế/thiết bị.

12.2 Tham số kích thích điện – NMES parameters

Áp dụng intravaginal/intra – anal hoặc điện cực dán (perineal/tibial) tùy mục tiêu. Luôn đồng thuận, kiểm tra chống chỉ định (mục 12.5).

A. Tăng sức cơ PFM (SUI, yếu cơ)

- Tần số: 35 – 50 Hz
- Độ rộng xung (PW): 200 – 400 μs
- Chu kỳ: *On:Off* 1:3 đến 1:5 (ví dụ 5s on – 15 – 25s off)
- Ramp lên/xuống: 1 – 2s
- Thời lượng/buổi: 15 – 20 phút, 3 – 5 buổi/tuần, 6 – 8 tuần
- Cường độ: tới mức co cơ rõ – thoải mái, không đau.

B. Ức chế thôi thúc/OAB (urge suppression)

- Đường tibial sau (PTNS/TENS tại nhà):

  + Tần số: 10 Hz; PW 200 μs; 30 phút/buổi, 2 – 3 buổi/tuần, 12 buổi.

- Intravaginal đối với OAB:

  + Tần số: 5 – 20 Hz; PW 200 – 300 μs; 15 – 20 phút; cảm giác *tê rung nhẹ*, không co mạnh.

C. Đau sàn chậu/giảm co thắt

- TENS quanh chậu: *Conventional* 80 – 100 Hz, PW 100 – 200 μs, 20 – 30 phút, ngày 1 – 2 lần.
- NMES thư giãn: 5 – 10 Hz, PW 200 μs, cường độ nhẹ, 10 – 15 phút (kèm thở cơ hoành).

D. Lưu ý chung

- Vị trí điện cực: bám theo nhà sản xuất; tibial: 3 – 4 cm trên mắt cá trong, kim/dán hướng dây TK chày.
- Vệ sinh đầu dò theo chuẩn; bôi trơn gốc nước.
- Theo dõi: kích ứng da, co thắt đau, chảy máu bất thường → ngừng & đánh giá.

12.3 Giải phóng điểm kích hoạt & mô cân – Myofascial/trigger point techniques

A. Chỉ định thường gặp

- Đau tiền đình, giao hợp đau, tăng trương lực PR/PC/IC, đau cơ obturator internus (OI), đau cụt; sẹo tầng sinh môn sau sinh/ phẫu thuật.

B. Nguyên tắc an toàn

- Đồng thuận từng bước; thang đau mục tiêu ≤3/10, cảm giác "*căng tốt/rục rịch tan*" không phải đau sắc.

- Tiến từ nông → sâu, bắt đầu ngoài → trong; luôn kèm thở chậm và down – training.

C. Kỹ thuật nền tảng

1) Sức ép duy trì (ischemic pressure) – 60 – 90s
- Vào điểm căng (nút), tăng áp từ tốn đến *đau 2 – 3/10*, giữ đến khi giảm 50 – 70%, rồi thả chậm.
2) Kéo căng mô cân (*myofascial release*)
- Hướng sợi → giữ biên độ nhẹ 90 – 120s, theo cảm giác "chảy – mềm".
3) Co – giãn sau isometric (*contract – relax*)
- Co nhẹ 20 – 30% đối kháng 5 – 7s, thả lỏng → tăng biên độ giãn.
4) Sẹo & giảm nhạy cảm
- *Scar mobilization* vòng tròn/"đẩy – kéo" 3 – 5 phút; *graded exposure* với bông tăm/dilator nhỏ.

D. Vị trí hay gặp & hướng tiếp cận

- PR (puborectalis): 4 – 5 giờ & 7 – 8 giờ (qua âm đạo/trực tràng); cảm giác dây "vòng" sau.
- OI: hướng lên – ngoài theo thành chậu; ấn đau lan hông – đáy chậu.
- Thể đáy chậu/scar: bề mặt 3 – 9 giờ; rất nhẹ, nhiều gel.

12.4 Dilator, trainer & pessary cơ bản – Dilators, trainers & basic pessary

A. Dilator (bộ nong âm đạo/hậu môn)

- Chỉ định: vaginismus, dyspareunia do tăng trương lực, sẹo co rút, sau xạ trị.
- Cỡ & tiến triển: từ nhỏ → lớn; tiêu chí chuyển cỡ: *không đau >3/10*, thả lỏng tốt, duy trì 5 – 10 phút.
- Quy trình buổi (10 – 15 phút, 3 – 5 lần/tuần):

1) Chuẩn bị: rỗng bàng quang, riêng tư, bôi trơn gốc nước; thở cơ hoành 2 – 3 phút.
2) Đưa nong theo hướng *vào – hơi lên trên*, dừng khi căng 2 – 3/10.

3) Giữ – thở – down – training: 5 – 10 hơi thở; thêm vi chuyển động 1 – 2 cm hoặc xoay nhỏ.
4) Kết thúc: rút chậm; ghi cảm giác & cỡ.

- Tự chăm sóc: rửa ấm – xà phòng dịu, phơi khô; không dùng khi nhiễm trùng/ra máu đang hoạt động.

B. Trainers (thiết bị tập phản hồi/đếm lần co)

- Mục tiêu: tăng động lực, phản hồi về lực – thời gian giữ tại nhà.
- Nguyên tắc: vẫn ưu tiên kỹ thuật đúng – nhịp thở – The Knack; thiết bị *bổ trợ*, không thay PFMT có hướng dẫn.

C. Pessary cơ bản (POP nhẹ/SUI chọn lọc)

- Loại phổ biến: vòng (ring) ± hỗ trợ niệu đạo, dish.
- Áp dụng: chỉ bởi người được đào tạo; thử cỡ với gel bôi trơn, kiểm *Valsalva/ho*: không rơi, không đau.
- Tự chăm sóc: tháo rửa định kỳ (tuần – tháng tùy loại & khả năng bệnh nhân); tái khám 1 – 2 tuần đầu, sau đó 3 – 6 tháng.
- Lưu ý: estrogen tại chỗ ở phụ nữ thiểu estrogen (*theo đơn bác sĩ*).
- Biến chứng cần lưu ý: tiết dịch, mùi, loét niêm mạc, tiểu khó → ngừng & khám lại.

12.5 An toàn, chống chỉ định – Safety & contraindications

A. Biofeedback/EMG

- Chống chỉ định tương đối nội soi âm đạo/hậu môn: nhiễm trùng cấp, loét/rách chưa lành, chảy máu không rõ, hậu phẫu sớm, sang chấn tâm lý chưa sẵn sàng, tam cá nguyệt I (tuân y lệnh).
- Thận trọng: đặt đầu dò nhẹ nhàng, dừng khi đau sắc/choáng.

B. NMES/TENS

- Chống chỉ định tuyệt đối: máy tạo nhịp/ICD không tương thích, điện cực vùng ác tính/ổ nhiễm trùng, mang thai (tránh *intravaginal/anal* nếu chưa có chỉ định chuyên khoa), xu hướng chảy máu.

- Tương đối: giảm cảm giác vùng đặt điện cực, da kích ứng nặng, rối loạn cảm nhận cơ thể.
- An toàn: kiểm dây dẫn, bắt đầu cường độ thấp; không dùng khi lái xe/máy.

C. Manual therapy

- Tránh kỹ thuật sâu khi nhiễm trùng cấp, loét, huyết khối tĩnh mạch vùng chậu, ác tính hoạt động, thai kỳ nguy cơ cao (theo y lệnh).
- Mức đau mục tiêu: ≤3/10; dừng nếu đau sắc/lan rộng.

D. Dilator/Trainer/Pessary

- Không dùng khi nhiễm trùng âm đạo/tiết niệu đang hoạt động, chảy máu âm đạo chưa rõ nguyên nhân, sau phẫu thuật chưa lành.
- Pessary: chỉ định – theo dõi bởi nhà lâm sàng; dừng khi đau/ra máu/bất thường tiết dịch.

E. Giao tiếp & đạo đức

- Đồng thuận có thông tin, quyền dừng bất cứ lúc nào; cân nhắc chaperone.
- Bảo mật dữ liệu; ngôn ngữ bao hàm, không phán xét; tôn trọng ranh giới văn hóa – cá nhân.

Hộp kiểm lâm sàng (Clinic checklist)

- Đã giải thích & lấy đồng thuận cho nội thăm/dụng cụ.
- Chọn kênh biofeedback phù hợp; đặt ngưỡng & mục tiêu theo PERF(ECT).
- NMES: mục tiêu rõ (tăng sức cơ vs ức chế gấp), tần số/PW/chu kỳ đúng, hướng dẫn cảm giác an toàn.
- Manual: xác định điểm kích hoạt, thang đau, kế hoạch *home program* (thở – giãn).
- Dilator/trainer: cỡ, lịch tập, vệ sinh – theo dõi.

- Pessary: chọn cỡ, kiểm Valsalva/ho, lịch tái khám.
- Ghi chống chỉ định/cờ đỏ & kế hoạch theo dõi.

Điểm nhớ cuối chương

- Biofeedback dạy *đúng cơ – đúng lúc*; NMES hỗ trợ *kích hoạt/ức chế* có mục tiêu.
- Manual + down – training là chìa khóa trong đau/tăng trương lực.
- Dilator/trainer/pessary: *đúng chỉ định – đúng vệ sinh – đúng theo dõi*.
- An toàn & đồng thuận luôn là bước đầu tiên và cuối cùng của mọi can thiệp.

PHẦN III – CAN THIỆP

Chương 13 Điều trị theo hội chứng – Syndrome – based care plans

13.1 SUI: chương trình 12 tuần

Tiểu không tự chủ khi gắng sức (SUI) ban đầu được điều trị tốt nhất bằng chương trình tập luyện cơ sàn chậu (PFMT) kéo dài ít nhất 3 tháng. Thông thường, người bệnh được hướng dẫn thực hiện một chương trình PFMT kéo dài 12 tuần, thường dưới sự giám sát của chuyên viên vật lý trị liệu chuyên về sàn chậu. Trước tiên, bệnh nhân được chỉ dẫn cách xác định đúng các cơ sàn chậu và co thắt chúng một cách chính xác. Chương trình tập luyện thường bao gồm việc thực hiện tối thiểu 8 lần co cơ mỗi lượt, ít nhất 3 lượt mỗi ngày, kéo dài trong 12 tuần (3 tháng). Mỗi lần co cơ được giữ trong vài giây trước khi thả lỏng, và chương trình có thể bao gồm cả những co thắt chậm kéo dài lẫn những co thắt nhanh để rèn luyện sức bền và sức mạnh của cơ. Sự kiên trì là rất quan trọng – thường sau vài tuần mới bắt đầu thấy có sự cải thiện, nhưng hoàn thành đủ liệu trình 3 tháng sẽ tối ưu hóa khả năng cải thiện triệu chứng hoặc thậm chí khỏi hoàn toàn. Thật vậy, các nghiên cứu lâm sàng cho thấy việc tập luyện cơ sàn chậu giúp tỷ lệ khỏi bệnh cao hơn đáng kể so với không điều trị; một tổng quan cho thấy phụ nữ bị SUI sau 3 tháng tập luyện có khả năng báo cáo đã khỏi cao gấp khoảng 8 lần so với nhóm không được điều trị.

Giám sát và tăng tiến: Nên thực hiện các bài tập dưới sự giám sát của nhân viên y tế để đảm bảo kỹ thuật đúng và duy trì động lực cho bệnh nhân. Nhân viên chuyên môn sẽ đánh giá khả năng co thắt cơ sàn chậu của bệnh nhân đã hiệu quả chưa và đảm bảo bệnh nhân không vô tình thực hiện động tác rặn (Valsalva) khi cố gắng co cơ. Chương trình tập luyện có thể được điều chỉnh tùy theo khả năng của từng cá nhân – ví dụ, ban đầu có thể cho bệnh nhân tập với thời gian giữ mỗi lần co ngắn hơn hoặc số lần lặp ít hơn nếu cần, sau đó tăng dần cường độ và thời gian giữ khi cơ mạnh lên. Nhiều phác đồ chia liệu trình 12 tuần thành các giai đoạn (ví dụ, tăng thời gian giữ hoặc thêm số lần lặp sau mỗi 4 tuần) để tăng dần mức độ thử thách cho cơ. Bệnh nhân cũng

được khuyến khích áp dụng kỹ thuật "the Knack" – tức là co thắt cơ sàn chậu trước khi ho, hắt hơi hoặc nâng vật nặng – nhằm ngăn ngừa rò rỉ nước tiểu khi thực hiện những hoạt động này.

Các biện pháp hỗ trợ thêm: Nếu người phụ nữ ban đầu chưa thể tự co cơ sàn chậu một cách hiệu quả, có thể sử dụng phương pháp kích thích điện trong giai đoạn đầu để hỗ trợ kích hoạt cơ. Phương pháp này sử dụng một đầu dò nhỏ đặt vào âm đạo hoặc hậu môn để truyền các xung điện nhẹ, qua đó kích thích các cơ sàn chậu co thắt và giúp bệnh nhân nhận biết được cảm giác co cơ đúng. Một công cụ khác là phản hồi sinh học (biofeedback), cung cấp tín hiệu hình ảnh hoặc âm thanh trong lúc bệnh nhân tập (nhờ các cảm biến đặt tại vùng sàn chậu hoặc trên bụng) để xác nhận rằng bệnh nhân đã co đúng nhóm cơ. Mặc dù phản hồi sinh học chưa được chứng minh chắc chắn là làm tăng tỷ lệ khỏi bệnh so với chỉ tập luyện đơn thuần, nó có thể giúp cải thiện kỹ thuật và tạo động lực tập luyện cho một số trường hợp. Tương tự, có thể sử dụng các loại "tạ âm đạo" (hình nón có trọng lượng): bệnh nhân đặt một thiết bị hình nón nhỏ có trọng lượng vào âm đạo và thực hiện co cơ sàn chậu để giữ không cho nó tuột ra. Khi sức cơ tăng lên, bệnh nhân có thể chuyển sang sử dụng các hình nón nặng hơn. Hình thức tập luyện đối kháng này khá hiệu quả – khoảng 70% phụ nữ cho thấy triệu chứng cải thiện sau 4 – 6 tuần tập luyện với nón âm đạo – mặc dù một số người cảm thấy không thoải mái với phương pháp này. Trong suốt chương trình, bệnh nhân được khuyên nên lồng ghép việc tập cơ sàn chậu vào sinh hoạt hàng ngày (ví dụ tập khi làm việc nhà hoặc trong sinh hoạt thường nhật) và tiếp tục duy trì tập luyện kể cả sau 12 tuần nếu phương pháp này đang có hiệu quả.

Tóm lại, chương trình tập luyện cơ sàn chậu kéo dài 12 tuần là phương pháp điều trị hàng đầu cho SUI, đem lại sự cải thiện rõ rệt về triệu chứng mà không có những rủi ro của phẫu thuật. Các yếu tố then chốt gồm có đánh giá ban đầu cẩn thận, một phác đồ tập luyện bài bản (8 lần co mỗi lượt, 3 lượt mỗi ngày, kéo dài ≥3 tháng), quá trình tập được giám sát để đảm bảo kỹ thuật chính xác, và sử dụng thêm các biện pháp hỗ trợ (kích thích điện, phản hồi sinh học, tạ âm đạo) khi cần thiết nhằm tối ưu hóa kết quả. Nếu tuân thủ tốt

chương trình bảo tồn này, nhiều phụ nữ sẽ giảm được đáng kể tình trạng són tiểu và cải thiện chất lượng cuộc sống, thậm chí tránh được nhu cầu can thiệp phẫu thuật.

13.2 UUI/OAB: phương pháp kết hợp hành vi và kích thích

Tiểu không tự chủ do tiểu gấp (UUI) và hội chứng bàng quang tăng hoạt (OAB) thường được điều trị bằng cách kết hợp các biện pháp hành vi và kích thích thần kinh trước khi cân nhắc dùng thuốc hoặc phẫu thuật. Các can thiệp hành vi là nền tảng chủ đạo của điều trị ban đầu. Những biện pháp này bao gồm giáo dục bệnh nhân về chức năng bàng quang, điều chỉnh chế độ ăn uống (ví dụ giảm bớt caffeine và rượu vì các chất này có thể kích thích gây tiểu gấp), quản lý lượng chất lỏng đưa vào cơ thể, đi tiểu theo lịch trình định sẵn, và tập luyện kiểm soát bàng quang. "Huấn luyện bàng quang" là kỹ thuật trong đó bệnh nhân đi tiểu theo khung thời gian nhất định và dần dần kéo dài khoảng cách giữa các lần đi để tăng sức chứa của bàng quang và giảm tần suất đi tiểu. Chẳng hạn, ban đầu bệnh nhân có thể đi tiểu mỗi 1 giờ, sau đó tăng lên 1,5 giờ, rồi 2 giờ, và cứ thế tiếp tục tùy theo khả năng chịu đựng. Phương pháp huấn luyện bàng quang đạt tỷ lệ thành công cao – khoảng 75% bệnh nhân tiểu không tự chủ do tiểu gấp có cải thiện trong ngắn hạn khi áp dụng phương pháp này. Cơ chế của huấn luyện bàng quang được cho là giúp tăng cường khả năng ức chế từ vỏ não đối với các co thắt không phù hợp của cơ detrusor (cơ bàng quang) và nâng cao sự nhận biết cũng như khả năng tự kiềm chế cảm giác mót tiểu. Lưu ý rằng phương pháp này đòi hỏi bệnh nhân phải có quyết tâm và tuân thủ đều đặn trong vài tuần (thường khuyến cáo tối thiểu 6 tuần đối với điều trị OAB).

Một chiến lược hành vi quan trọng khác là áp dụng bài tập cơ sàn chậu cho chứng tiểu gấp. Mặc dù tập cơ sàn chậu vốn thường được biết đến trong điều trị són tiểu do gắng sức, nó cũng có lợi cho OAB/UUI nhờ vào phản xạ khi co thắt cơ sàn chậu đủ mạnh có thể ức chế sự co bóp của cơ detrusor. Bệnh nhân được hướng dẫn thực hiện nhanh một động tác siết chặt cơ sàn chậu khi cảm thấy mót tiểu, điều này có thể làm dịu bớt cơn co thắt bàng quang ngoài ý muốn và trì hoãn việc đi tiểu. Lâu dần, việc rèn luyện những phản xạ "nhanh

và mạnh" của cơ sàn chậu (tích hợp vào chương trình bài tập hàng ngày tương tự như trong điều trị SUI) có thể giúp giảm số lần bị tiểu không tự chủ do tiểu gấp. Do đó, nhiều hướng dẫn khuyên kết hợp huấn luyện bàng quang với tập cơ sàn chậu, nhất là trong trường hợp tiểu không tự chủ hỗn hợp, nhằm kiểm soát đồng thời cả thành phần gắng sức và thành phần tiểu gấp. Các biện pháp thay đổi lối sống cũng rất quan trọng: tránh các chất gây kích thích bàng quang (như caffeine, nicotine), giảm cân nếu thừa cân (giúp giảm áp lực ổ bụng lên bàng quang), và xử trí táo bón (bằng chế độ ăn hoặc thuốc làm mềm phân) – tất cả đều có thể góp phần giảm triệu chứng OAB.

Nếu liệu pháp hành vi đơn thuần chưa mang lại hiệu quả đủ, có thể bổ sung các phương pháp kích thích thần kinh (neuromodulation). Một lựa chọn là kích thích điện cơ sàn chậu (PFES). Phương pháp này sử dụng một đầu dò đặt trong âm đạo hoặc trực tràng để phát các xung điện nhẹ kích thích thần kinh thẹn và các cơ sàn chậu. Các phiên kích thích (mỗi phiên khoảng 20 phút, thực hiện 1 – 3 lần mỗi tuần) có tác dụng tăng cường phản xạ của sàn chậu và ức chế sự tăng hoạt của cơ detrusor. Một số nghiên cứu cho thấy kích thích điện sàn chậu có thể làm giảm đáng kể cảm giác tiểu gấp và số lần tiểu không tự chủ do tiểu gấp. Liệu pháp này thường được kết hợp song song với tập cơ sàn chậu – các xung điện gây co cơ hỗ trợ thêm cho bài tập bệnh nhân tự thực hiện. Cảm giác khi kích thích chỉ hơi tê rần nhẹ; tuy ban đầu có thể tạo cảm giác lạ lẫm, phương pháp này tỏ ra hữu ích, đặc biệt ở những người gặp khó khăn trong việc tự co thắt các cơ sàn chậu.

Một phương thức khác đã chứng tỏ hiệu quả là kích thích thần kinh ngoại biên, đặc biệt là kích thích dây thần kinh chày sau (PTNS). Với kỹ thuật PTNS, một kim nhỏ hoặc điện cực dán trên da được đặt gần vùng mắt cá chân để kích thích dây thần kinh chày sau, vốn cùng xuất phát từ các rễ thần kinh vùng cùng cụt chi phối bàng quang. Mỗi lần điều trị kéo dài khoảng 30 phút, thực hiện một lần mỗi tuần, trong khoảng 12 tuần. Phương pháp này đã được chứng minh là cải thiện đáng kể các triệu chứng OAB như đi tiểu nhiều lần, tiểu đêm và tiểu không tự chủ do tiểu gấp; thậm chí một số nghiên cứu còn cho thấy hiệu quả tương đương với điều trị thuốc ở một số bệnh nhân. Cơ chế

tác dụng được cho là do kích thích này điều chỉnh lại các đường phản xạ tại tủy sống kiểm soát hoạt động bàng quang, nhờ đó "làm dịu" một bàng quang đang tăng hoạt. PTNS có rủi ro rất thấp và hầu như không xâm lấn (chỉ sử dụng một kim rất nhỏ), khiến nó trở thành lựa chọn hấp dẫn cho những người không dung nạp được thuốc. Các biện pháp điều biến thần kinh khác dành cho trường hợp OAB kháng trị bao gồm kích thích dây thần kinh cùng (cấy một thiết bị để kích thích rễ thần kinh S3) và kỹ thuật mới hơn là kích thích dây thần kinh chày qua da (đặt điện cực trên da vùng mắt cá); những biện pháp này thường được cân nhắc khi các tiếp cận bảo tồn ban đầu không hiệu quả.

Tóm lại, việc phối hợp liệu pháp hành vi và các phương thức kích thích mang lại hiệu quả cao trong điều trị UUI/OAB. Bệnh nhân thực hiện các thay đổi lối sống và huấn luyện bàng quang để lấy lại kiểm soát bàng quang, đồng thời tăng cường phản xạ cơ sàn chậu nhằm ức chế các co bóp của cơ detrusor. Nếu cần, có thể bổ sung kích thích điện (qua đường âm đạo hoặc kích thích dây thần kinh chày) để giảm bớt tình trạng bàng quang tăng hoạt. Cách tiếp cận đa mô thức này tác động lên nhiều khía cạnh – cả về hành vi (thói quen sinh hoạt và phản xạ não – bàng quang) lẫn thần kinh – cơ (tăng cường các tín hiệu ức chế đến bàng quang) – do đó cho kết quả tốt hơn so với chỉ dùng đơn lẻ một phương pháp. Thật vậy, các hướng dẫn khuyên áp dụng liệu pháp hành vi cho tất cả bệnh nhân OAB như tuyến điều trị đầu tiên, và chỉ kết hợp thêm thuốc hoặc các phương pháp kích thích thần kinh nếu thực sự cần thiết. Rất nhiều bệnh nhân đạt được sự cải thiện rõ rệt về tình trạng tiểu gấp, tiểu nhiều lần cũng như chứng són tiểu với phác đồ bảo tồn toàn diện này, giúp nâng cao chất lượng cuộc sống mà không phải chịu các tác dụng phụ của thuốc.

13.3 Sa tạng chậu nhẹ: điều trị bảo tồn và tập luyện

Tình trạng sa các cơ quan vùng chậu mức độ nhẹ (POP nhẹ), chẳng hạn sa thành trước hoặc thành sau âm đạo độ I – II, thường có thể được quản lý thành công bằng các biện pháp điều trị bảo tồn (không phẫu thuật) kết hợp với các bài tập cơ sàn chậu. Ở giai đoạn sớm này, cơ quan bị sa (bàng quang, tử cung hoặc trực tràng) chưa sa đến mức thò ra ngoài âm đạo, và các triệu chứng thường ở mức độ nhẹ (ví dụ chỉ hơi cảm thấy có khối phồng, cảm giác tức

nặng nhẹ hoặc hơi khó tiểu). Với những trường hợp như vậy, phương pháp điều trị đầu tay là liệu pháp bảo tồn, tập trung vào việc tăng cường hỗ trợ của hệ thống cơ và dây chằng sàn chậu đồng thời giảm thiểu các yếu tố nguy cơ khiến sa nặng thêm.

Điều chỉnh lối sống: Việc thay đổi lối sống và kiểm soát các yếu tố nguy cơ là bước đầu rất quan trọng. Bệnh nhân được khuyên tránh mang vác vật nặng hoặc rặn gắng sức, vì tình trạng tăng áp lực ổ bụng mạn tính có thể làm sa nặng thêm. Nếu bệnh nhân thừa cân hoặc béo phì (BMI > 30), nên giảm cân để giảm bớt áp lực dồn lên sàn chậu. Điều trị dứt điểm tình trạng ho mạn tính (bằng thuốc nếu cần cho các bệnh lý hô hấp) và phòng ngừa táo bón (bằng chế độ ăn nhiều chất xơ hoặc thuốc làm mềm phân) cũng rất quan trọng, bởi vì ho nhiều và rặn mạnh khi bị táo bón đều có thể thúc đẩy sa tiến triển. Nói chung, bất kỳ biện pháp nào giúp giảm áp lực dồn xuống đáy chậu đều có ích trong việc làm chậm quá trình sa và giảm nhẹ triệu chứng. Đối với phụ nữ sau mãn kinh có tình trạng thiểu dưỡng niêm mạc âm đạo, việc sử dụng kem estrogen tại chỗ có thể giúp cải thiện chất lượng mô âm đạo và các cấu trúc nâng đỡ. (Estrogen tại chỗ có thể làm tăng tổng hợp collagen và lưu lượng máu cục bộ, qua đó cải thiện độ dày và đàn hồi của niêm mạc âm đạo, giúp giảm bớt khó chịu hoặc một số triệu chứng tiết niệu nhẹ đi kèm sa.) Nếu một phụ nữ có hội chứng niệu – sinh dục thời kỳ mãn kinh rõ rệt (khô âm đạo, kích ứng) song hành cùng tình trạng sa, có thể cân nhắc sử dụng liệu pháp estrogen đặt âm đạo hoặc vòng estrogen âm đạo như một phần của điều trị bảo tồn.

Tập luyện cơ sàn chậu (PFMT): Tương tự như đối với chứng tiểu không tự chủ, các bài tập cơ sàn chậu là trụ cột chính trong điều trị sa nhẹ. Việc tăng cường các cơ nâng đỡ đáy chậu (đặc biệt là nhóm cơ nâng hậu môn) sẽ củng cố "chiếc võng" đỡ các cơ quan vùng chậu. Các hướng dẫn khuyến cáo nên thực hiện một chương trình tập cơ sàn chậu có hướng dẫn bài bản trong ít nhất 16 tuần đối với phụ nữ sa tạng chậu độ I – II có triệu chứng. Trong chương trình này, chuyên viên vật lý trị liệu sẽ đảm bảo bệnh nhân học cách co thắt các cơ sàn chậu đúng (theo hướng nâng các cơ quan lên) và tránh tình trạng vô tình rặn xuống khi tập. Bài tập thường tương tự như khi điều trị chứng són

tiểu: lặp đi lặp lại các động tác co rồi thả lỏng cơ, tăng dần số lần và thời gian co để phát triển sức mạnh và độ bền của cơ. Theo thời gian, một sàn chậu khỏe hơn có thể giúp khối sa được kéo lên một chút (các cơ quan có vị trí nâng cao hơn một chút) và quan trọng hơn là giảm các triệu chứng như cảm giác nặng tức hay cảm giác "có gì đó lồi ra" ở âm đạo.

Bằng chứng lâm sàng ủng hộ hiệu quả của bài tập cơ sàn chậu trong quản lý sa nhẹ. Trong một thử nghiệm đối chứng ngẫu nhiên, những phụ nữ bị sa nhẹ tham gia chương trình tập cơ sàn chậu báo cáo tỷ lệ cải thiện triệu chứng cao hơn đáng kể so với nhóm chỉ theo dõi: 57% phụ nữ nhóm tập luyện cho biết tình trạng sa của họ cải thiện sau 3 tháng, so với chỉ 13% ở nhóm chứng. Mặc dù mức độ sa trên thang phân loại khách quan có thể không thay đổi nhiều, việc tập luyện thường đem lại cải thiện về các triệu chứng tiết niệu hoặc tiêu hóa kèm theo và nâng cao chất lượng cuộc sống. Do đó, bài tập cơ sàn chậu là một phương thức hữu hiệu để kiểm soát sa nhẹ và có thể giúp ngăn bệnh tiến triển nặng thêm. Nếu bệnh nhân thấy tập luyện có hiệu quả, họ được khuyến khích tiếp tục duy trì các bài tập này lâu dài như một phần của sinh hoạt hàng ngày.

Sử dụng pessary: Một lựa chọn bảo tồn khác cho cả sa nhẹ (và sa trung bình) là sử dụng vòng nâng đỡ âm đạo (pessary). Pessary thường làm bằng silicon, được đặt vào âm đạo để giúp nâng đỡ thành âm đạo và "đỡ" các cơ quan bị sa. Đối với một phụ nữ sa nhẹ nhưng có triệu chứng khó chịu (ví dụ cảm thấy khối sa lồi ra khi vận động, hoặc tiểu không tự chủ do sa), pessary có thể đem lại sự nâng đỡ ngay lập tức. Theo hướng dẫn, có thể đề nghị bệnh nhân sử dụng pessary – đơn thuần hoặc kết hợp cùng tập luyện cơ sàn chậu – để kiểm soát triệu chứng sa mà không cần phẫu thuật. Pessary có nhiều hình dạng (vòng tròn, hình đĩa, hình khối, v.v.), và bác sĩ sẽ thử lắp để tìm loại và kích cỡ phù hợp nhất nhằm vừa nâng đỡ hiệu quả vừa đảm bảo bệnh nhân cảm thấy dễ chịu. Với trường hợp sa nhẹ, thường chỉ cần một loại vòng tròn đơn giản. Bệnh nhân có thể được hướng dẫn cách tự tháo vòng ra để vệ sinh định kỳ (ví dụ mỗi tuần hoặc mỗi tháng một lần), hoặc nếu không tự thao tác được thì cần đến cơ sở y tế kiểm tra và vệ sinh ít nhất mỗi 6 tháng. Thực tế lâm sàng

cho thấy nhiều phụ nữ giảm được rõ rệt cảm giác tức nặng và thuận lợi hơn khi sinh hoạt thể chất nhờ một chiếc pessary vừa vặn; đây cũng có thể là giải pháp lâu dài cho những người không đủ sức khỏe để phẫu thuật hoặc muốn trì hoãn phẫu thuật.

Khi bắt đầu dùng pessary, cần hướng dẫn bệnh nhân về những vấn đề có thể gặp phải: tăng tiết dịch âm đạo nhẹ là hiện tượng thường thấy, và tối thiểu mỗi 6 tháng một lần phải tháo pessary để khám kiểm tra âm đạo, phòng ngừa các biến chứng như loét tì đè niêm mạc. Việc sử dụng kem estrogen âm đạo song song có thể hữu ích để giảm nguy cơ kích ứng cho người mang pessary, đặc biệt là phụ nữ đã mãn kinh. Nếu tại địa phương bệnh nhân không có dịch vụ chăm sóc và theo dõi pessary, hoặc việc thử pessary gặp khó khăn, nên giới thiệu bệnh nhân đến bác sĩ chuyên khoa niệu – phụ khoa để được hỗ trợ.

Theo dõi và tái khám: Với các biện pháp bảo tồn này, bệnh nhân cần được theo dõi định kỳ để đánh giá thay đổi về triệu chứng và mức độ sa. Nhiều phụ nữ bị sa nhẹ có thể được quản lý nhiều năm mà không cần phẫu thuật. Tuy nhiên, nếu triệu chứng trở nên nặng hơn hoặc mức sa tiến triển thêm mặc dù đã điều trị bảo tồn, hoặc nếu bệnh nhân không hài lòng với kết quả, lúc đó có thể cân nhắc đến phương án phẫu thuật. Theo hướng dẫn, phẫu thuật thường được dành cho những trường hợp sa gây triệu chứng đáng kể mà không đáp ứng với điều trị bảo tồn hoặc bệnh nhân không muốn tiếp tục điều trị bảo tồn. Cho đến thời điểm đó, sự kết hợp các biện pháp như điều chỉnh lối sống, tập luyện cơ sàn chậu và dùng pessary (nếu phù hợp) có thể giúp phụ nữ bị sa nhẹ duy trì sinh hoạt gần như bình thường, thoải mái mà không cần can thiệp phẫu thuật.

Tóm lại, kế hoạch điều trị bảo tồn cho trường hợp sa tạng chậu nhẹ tập trung vào việc tăng cường sức mạnh hệ thống nâng đỡ thông qua tập luyện và thay đổi lối sống: cải thiện sự nâng đỡ của cơ sàn chậu, tránh các tác nhân làm tăng áp lực ổ bụng, sử dụng dụng cụ hỗ trợ (pessary) khi cần, và tối ưu hóa sức khỏe vùng chậu (ví dụ bôi kem estrogen tại chỗ nếu thích hợp). Cách tiếp cận này đã được chứng minh hiệu quả qua các nghiên cứu và được khuyến cáo

là tuyến điều trị đầu tiên trong các hướng dẫn hiện hành. Phương pháp bảo tồn không chỉ giải quyết vấn đề giải phẫu mà còn quan tâm đến sức khỏe tổng thể và sinh hoạt hàng ngày của người phụ nữ, phù hợp với triết lý chăm sóc toàn diện trong các rối loạn sàn chậu.

13.4 Đau vùng chậu mạn tính: tiếp cận đa mô thức

Đau vùng chậu mạn tính (CPP) ở phụ nữ là một tình trạng phức tạp, thường liên quan đồng thời đến nhiều yếu tố – có thể là nguyên nhân phụ khoa (như lạc nội mạc tử cung, dính sau phẫu thuật), tiết niệu (ví dụ hội chứng đau bàng quang – viêm bàng quang kẽ), tiêu hóa (như hội chứng ruột kích thích – IBS), cơ xương (như hội chứng đau cơ sàn chậu do co thắt) cũng như các yếu tố tâm lý xã hội (căng thẳng, tiền sử chấn thương). Chính vì tính chất đa yếu tố này, điều trị hiệu quả đau vùng chậu mạn đòi hỏi một cách tiếp cận đa mô thức và phối hợp nhiều chuyên khoa. Không có một phương pháp đơn lẻ nào có thể mang lại giảm đau hoàn toàn; thay vào đó, sự kết hợp các liệu pháp hướng vào những khía cạnh khác nhau của bệnh thường đem lại kết quả tối ưu.

Vật lý trị liệu sàn chậu: Rất nhiều phụ nữ bị đau vùng chậu mạn có kèm rối loạn chức năng các cơ sàn chậu. Chẳng hạn, nghiên cứu trên các bệnh nhân viêm bàng quang kẽ (một hội chứng đau bàng quang) cho thấy đến 87% số này có biểu hiện tăng nhạy cảm hoặc co thắt đau ở cơ sàn chậu khi thăm khám. Các cơ sàn chậu bị co cứng, tăng trương lực có thể tự chúng gây ra đau và thậm chí còn khiến đau lan lên vùng bụng dưới, thắt lưng hoặc đùi. Vì vậy, liệu pháp vật lý trị liệu tập trung vào sàn chậu là một phần quan trọng trong điều trị đau vùng chậu mạn. Các chuyên viên vật lý trị liệu chuyên sâu về sàn chậu sẽ thực hiện các kỹ thuật giải phóng cân cơ, xoa bóp các điểm kích hoạt và kéo giãn cơ nhằm làm dịu sự căng cứng của nhóm cơ này. Họ cũng hướng dẫn bệnh nhân các bài tập thư giãn, điều chỉnh tư thế, kỹ thuật thở, và đôi khi sử dụng phản hồi sinh học (biofeedback) để cải thiện khả năng tự kiểm soát và thả lỏng cơ sàn chậu của bệnh nhân. Theo thời gian, những biện pháp này có thể giảm đáng kể cường độ đau và cải thiện chức năng (ví dụ như giảm đau khi giao hợp hoặc khi đại tiện nếu những hoạt động này vốn gây đau do co thắt cơ). Thêm vào đó, trị liệu sàn chậu thường giúp cải thiện cả các triệu

chứng tiết niệu hoặc tiêu hóa đi kèm với đau vùng chậu. Bởi vì thành phần cơ xương khớp rất phổ biến trong hội chứng này, các chuyên gia khuyến cáo hầu hết bệnh nhân đau vùng chậu mạn nên được đánh giá xem có rối loạn chức năng cơ sàn chậu hay không, và nếu có thì nên được điều trị bằng vật lý trị liệu sàn chậu, bởi phương pháp này có thể làm giảm đáng kể thành phần đau do co thắt cơ.

Liệu pháp tâm lý hành vi: Cơn đau mạn tính thường ảnh hưởng xấu đến tâm trạng, và ngược lại tâm lý căng thẳng cũng có thể khuếch đại cảm giác đau. Nhiều phụ nữ bị đau vùng chậu mạn đồng thời mắc trầm cảm, lo âu hoặc có tiền sử sang chấn tâm lý (một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ từng bị lạm dụng tình dục ở nhóm này cao hơn bình thường). Do vậy, việc tích hợp liệu pháp tâm lý là rất cần thiết. Một phương pháp hữu ích là liệu pháp nhận thức – hành vi (CBT). Liệu pháp này giúp bệnh nhân phát triển các kỹ năng đối phó với bệnh, điều chỉnh những suy nghĩ tiêu cực về cơn đau và giảm khuynh hướng "thảm hoạ hoá" vấn đề. CBT rèn luyện cho bệnh nhân các kỹ thuật điều chỉnh cảm giác đau – chẳng hạn như tập trung sự chú ý vào thứ khác (phân tâm), tưởng tượng có hướng dẫn, hay điều tiết nhịp độ sinh hoạt – nhờ đó không để cơn đau chi phối hoàn toàn tinh thần của họ. Kinh nghiệm lâm sàng và một số nghiên cứu cho thấy CBT có thể cải thiện khả năng chịu đau và thậm chí giúp bệnh nhân cảm thấy cơn đau giảm đi nhờ tác động vào hiện tượng nhạy cảm hóa đau ở trung ương thường gặp trong đau mạn tính. Ngoài ra, nếu bệnh nhân có những stress tâm lý xã hội rõ ràng hoặc các rối loạn tâm thần kèm theo, việc kết hợp chuyên gia tâm lý hoặc bác sĩ tâm thần để trị liệu hoặc dùng thuốc phù hợp sẽ rất quý giá. Thực tế, trong các chương trình điều trị đau đa chuyên khoa, luôn có sự tham gia của nhà tâm lý học chuyên về quản lý đau, bởi việc trị liệu khía cạnh "tâm trí" của cơn đau (cảm xúc, đối phó, chấn thương tâm lý) cần được chú trọng tương đương với điều trị khía cạnh "cơ thể" (những tổn thương hay rối loạn thực thể).

Liệu pháp tình dục và tư vấn cặp đôi: Đau vùng chậu mạn thường dẫn đến giao hợp đau (dyspareunia) và có thể tạo ra áp lực tâm lý trong mối quan hệ vợ chồng. Người phụ nữ có thể né tránh quan hệ tình dục vì sợ đau, điều này

gây khó khăn và căng thẳng cho cả hai phía. Việc tham vấn với chuyên gia trị liệu tình dục hoặc nhà trị liệu về các rối loạn sàn chậu có thể giúp từng bước khôi phục sinh hoạt tình dục không đau. Liệu pháp tình dục có thể bao gồm việc cung cấp kiến thức cho cả bệnh nhân và người bạn đời của họ, hướng dẫn các kỹ thuật thư giãn và kích thích ham muốn, sử dụng bộ dụng cụ nong giãn âm đạo (trong trường hợp co thắt âm đạo hoặc tăng trương lực cơ sàn chậu), cùng với các chiến lược giao tiếp để hai vợ chồng hiểu và hỗ trợ nhau. Mục tiêu là giảm bớt lo âu khi quan hệ và xử lý phản xạ co thắt cơ sàn chậu khi thâm nhập, đồng thời kết hợp với những điều trị y tế để giải quyết nguyên nhân thực thể gây đau. Theo thời gian, khi cơn đau thuyên giảm và thông qua các bài tập phù hợp, nhiều phụ nữ có thể trở lại sinh hoạt tình dục với ít hoặc không còn cảm giác đau.

Điều trị bằng thuốc: Trong một kế hoạch điều trị đa mô thức, có thể sử dụng phối hợp nhiều nhóm thuốc, mỗi nhóm nhắm vào một khía cạnh nhất định của hội chứng đau:

- Thuốc điều biến đau thần kinh: Đối với đau có thành phần thần kinh, đặc biệt khi có hiện tượng nhạy cảm hóa đau, các thuốc chống trầm cảm nhóm ức chế tái hấp thu serotonin – norepinephrine (SNRI, như duloxetine hoặc venlafaxine) và thuốc chống co giật (như gabapentin hoặc pregabalin) thường được lựa chọn. Chúng giúp làm giảm sự dẫn truyền các tín hiệu đau bất thường và đã tỏ ra hiệu quả trong các hội chứng đau mạn (ví dụ nhiều bệnh nhân có đau chồng lấp do fibromyalgia hoặc IBS đã cải thiện với những thuốc này). Các thuốc chống trầm cảm ba vòng (như amitriptyline) cũng được dùng, nhất là vào buổi tối để giúp giảm đau và cải thiện giấc ngủ, mặc dù bằng chứng về hiệu quả của chúng trong đau vùng chậu mạn còn hạn chế.
- Thuốc giảm đau thông thường: Các thuốc chống viêm không steroid (NSAID) hoặc paracetamol có thể được dùng khi cơn đau tăng lên hoặc khi có nghi ngờ thành phần viêm (ví dụ trong đau do lạc nội mạc tử cung). Tuy nhiên, hiệu quả của chúng thường hạn chế nếu

dùng dài ngày, và NSAID có thể gây tác dụng phụ lên dạ dày hoặc thận khi dùng lâu dài. Đặc biệt, opioid không được khuyến cáo sử dụng trong điều trị đau vùng chậu mạn tính. Liệu pháp opioid dài hạn không cho thấy lợi ích rõ rệt trong các trường hợp đau mãn tính không do ung thư và còn kèm nguy cơ gây nghiện, tăng nhạy cảm đau do thuốc và nhiều tác dụng phụ khác. Vì vậy, opioid nếu có dùng thì chỉ trong thời gian ngắn để xử lý những đợt đau cấp nghiêm trọng hoặc đau hậu phẫu, chứ không nên dùng để điều trị mạn tính.

- Liệu pháp hormon: Nếu xác định đau có liên quan đến bệnh lý phụ khoa như lạc nội mạc tử cung hoặc u cơ tử cung dạng lan tỏa (adenomyosis), có thể dùng các liệu pháp hormon để giảm thiểu quá trình bệnh (ví dụ thuốc tránh thai kết hợp dùng liên tục, chất chủ vận GnRH, hoặc tiêm depo medroxyprogesterone) nhằm ức chế chu kỳ kinh nguyệt và làm teo các tổ chức nội mạc tử cung lạc chỗ, từ đó giảm đau. Việc lựa chọn cụ thể phụ thuộc vào chẩn đoán và đặc điểm của từng bệnh nhân.
- Các điều trị khác theo nguyên nhân: Ví dụ, với hội chứng đau bàng quang (viêm bàng quang kẽ), có thể sử dụng thuốc pentosan polysulfate hoặc thuốc kháng histamin, thậm chí bơm thuốc trực tiếp vào bàng quang (như dung dịch DMSO) như một phần của phác đồ. Với đau do hội chứng ruột kích thích, có thể dùng thuốc chống co thắt, hoặc thay đổi chế độ ăn (ví dụ áp dụng chế độ ăn FODMAP thấp). Nguyên tắc chung là điều trị các yếu tố xác định được: chẳng hạn nếu nghi ngờ hội chứng sung huyết tĩnh mạch vùng chậu gây đau, có thể dùng thuốc trợ tĩnh mạch hoặc can thiệp làm tắc các tĩnh mạch giãn; nếu có điểm đau ở thành bụng trước (nghi ngờ đau thành bụng, dấu hiệu Carnett dương tính), có thể tiêm thuốc tê điều trị điểm đau hoặc áp dụng kỹ thuật châm cứu khô.

Các biện pháp bổ trợ khác: Bên cạnh các liệu pháp chính, có thể cân nhắc thêm một số biện pháp sau trong kế hoạch điều trị đa mô thức:

- Phong bế thần kinh hoặc tiêm giảm đau điểm kích hoạt: Các chuyên gia quản lý đau có thể thực hiện tiêm phong bế một số dây thần kinh, ví dụ tiêm phong bế thần kinh thẹn trong trường hợp nghi hội chứng đau thần kinh thẹn, hoặc tiêm phong bế hạch chùm đuôi ngựa (ganglion impar) gần xương cụt để chặn đường dẫn truyền đau chính ở vùng đáy chậu. Họ cũng có thể tiêm thuốc tê và steroid vào các điểm kích hoạt đau ở cơ sàn chậu hoặc thành bụng nếu xác định được vùng đau khu trú. Những thủ thuật này có thể giúp giảm đau tạm thời và phá vỡ vòng luẩn quẩn của đau, tạo điều kiện cho các liệu pháp khác (như vật lý trị liệu) phát huy hiệu quả tốt hơn.
- Kích thích điện thần kinh qua da (TENS): Một số bệnh nhân sử dụng máy TENS đặt ở vùng bụng dưới hoặc vùng thắt lưng để giảm đau. Mặc dù bằng chứng khoa học về hiệu quả của TENS trong đau vùng chậu mạn còn chưa đồng nhất, phương pháp này khá an toàn và bệnh nhân có thể tự thực hiện, với mục đích thay đổi đường dẫn truyền tín hiệu đau để giảm cảm giác đau.
- Châm cứu: Một số nghiên cứu cho thấy châm cứu có thể giúp giảm đau vùng chậu mạn tính ở một số bệnh nhân, có thể nhờ tác dụng giải phóng endorphin (chất giảm đau nội sinh) và giúp thư giãn cơ vùng chậu. Đây có thể được xem là một liệu pháp bổ trợ cho những trường hợp phù hợp.
- Các kỹ thuật thân – tâm: Những phương pháp như yoga, thiền chánh niệm, các bài tập thư giãn có thể giúp giảm stress và giảm co thắt cơ, qua đó làm giảm mức độ đau. Đào tạo qua phản hồi sinh học (biofeedback) cũng có thể được sử dụng để giúp bệnh nhân học cách kiểm soát một số phản ứng cơ thể (ví dụ giảm độ gồng cứng của cơ sàn chậu, điều hòa hơi thở và nhịp tim) khi cơn đau bùng phát.
- Chương trình quản lý đau đa chuyên khoa: Trong các trường hợp đau phức tạp hoặc khó điều trị, việc giới thiệu bệnh nhân đến một trung tâm chuyên sâu về đau vùng chậu hoặc phòng khám chuyên khoa đau là rất hữu ích. Tại đó có các đội ngũ đa ngành – bao gồm bác sĩ phụ khoa, tiết niệu, chuyên gia vật lý trị liệu, chuyên gia tâm

lý và bác sĩ chuyên khoa đau – phối hợp đánh giá và xây dựng một kế hoạch điều trị cá nhân hóa cho bệnh nhân. Họ sẽ tối ưu hóa việc dùng thuốc, cung cấp liệu pháp phục hồi chức năng về thể chất cũng như hỗ trợ về mặt tâm lý, đảm bảo rằng mọi khía cạnh của hội chứng đau đều được
chú ý.

Tóm lại, cách tiếp cận đa mô thức đối với đau vùng chậu mạn có thể khái quát là: "loại trừ những tác nhân khởi phát hoặc duy trì cơn đau, luyện tập và thư giãn lại cơ thể, đồng thời điều chỉnh cách hệ thần kinh phản ứng với cảm giác đau." Cụ thể, cần điều trị dứt điểm các bệnh lý gây đau (như lạc nội mạc tử cung, viêm bàng quang kẽ…), sử dụng vật lý trị liệu để khắc phục rối loạn chức năng sàn chậu, áp dụng liệu pháp tâm lý như CBT để quản lý tác động cảm xúc cũng như hiện tượng nhạy cảm hóa đau ở trung ương, và dùng thuốc một cách hợp lý để tác động vào đau do nguyên nhân thần kinh cũng như các thành phần khác của hội chứng. Bằng việc phối hợp các phương pháp này, mục tiêu là cải thiện chức năng và chất lượng sống cho bệnh nhân ngay cả khi không thể hết đau hoàn toàn. Bệnh nhân cũng cần được giáo dục rằng quản lý đau mạn là một quá trình liên tục – họ cần học cách tự quản lý (thông qua tập thể dục, thư giãn, điều tiết hoạt động) để duy trì những cải thiện đạt được sau điều trị. Với sự kiên trì của bệnh nhân và một kế hoạch điều trị đa mô thức được cá thể hóa, nhiều phụ nữ sẽ giảm đáng kể được cơn đau, dần dần lấy lại khả năng làm việc, tham gia các sinh hoạt thường ngày và tận hưởng đời sống tình dục mà trước đó đã bị cơn đau mạn tính cản trở.

13.5 Táo bón chức năng: kế hoạch điều phối hoạt động cơ

Tình trạng táo bón chức năng, đặc biệt khi do rối loạn chức năng sàn chậu (còn gọi là rối loạn phối hợp hậu môn – trực tràng hoặc chứng khó đại tiện do co thắt nghịch thường), được điều trị bằng cách kết hợp tái huấn luyện thói quen đại tiện và liệu pháp điều phối hoạt động cơ sàn chậu. Trong tình trạng này, bệnh nhân gặp khó khăn khi đi tiêu vì các cơ sàn chậu hoặc cơ thắt hậu môn co thắt không phù hợp (đáng lẽ phải giãn ra nhưng lại co chặt) trong lúc cố gắng đại tiện. Do đó, kế hoạch điều trị tập trung vào việc huấn luyện lại những cơ này để chúng phối hợp nhịp nhàng với áp lực ổ bụng, đồng thời tối ưu hóa tính chất phân và thiết lập thói quen đại tiện đều đặn.

Giáo dục và nguyên tắc cơ bản: Trước tiên, bệnh nhân cần được giải thích về cơ chế đại tiện bình thường. Ở người bình thường, khi đại tiện, các cơ sàn chậu và cơ thắt hậu môn phải được thả lỏng trong khi áp lực ổ bụng tăng lên vừa phải (nhờ động tác rặn nhẹ) để tống phân ra ngoài. Trong hội chứng rối loạn phối hợp sàn chậu, bệnh nhân có thể vô tình làm ngược lại (tức là co thắt cơ thay vì thư giãn). Chỉ riêng việc giáo dục này đã có thể cải thiện phần nào tình hình – ví dụ hướng dẫn bệnh nhân "thả lỏng" vùng đáy chậu (như thể đang cố thả rơi vật gì từ hậu môn) khi ngồi trên bồn cầu, và tránh nín thở hoặc rặn quá mức.

Tái huấn luyện thói quen đại tiện: Mục tiêu tiếp theo là xây dựng một thói quen đại tiện đều đặn và thoải mái. Bệnh nhân được khuyến khích tận dụng các phản xạ tự nhiên của cơ thể. Thường nên cố gắng đi tiêu vào những giờ cố định mỗi ngày, lý tưởng nhất là khoảng 20 – 30 phút sau bữa ăn (thường là sau bữa sáng hoặc bữa tối) để tranh thủ phản xạ dạ dày – ruột (gastrocolic reflex) giúp kích thích nhu động ruột. Hướng dẫn bệnh nhân ngồi vào bồn cầu với tư thế thuận lợi (ví dụ kê một chiếc ghế nhỏ dưới chân để tư thế ngồi gần giống ngồi xổm, giúp trực tràng – hậu môn nằm thẳng góc hơn) khoảng 5 – 10 phút mỗi lần, kể cả khi chưa có cảm giác mót rặn mạnh, nhằm tập cho cơ thể quen thư giãn vào những thời điểm đó. Bệnh nhân cần hiểu không nên gắng sức rặn quá mạnh hoặc quá lâu; quy tắc chung là không rặn liên tục quá 5 phút ở mức độ vừa phải (nếu sau khoảng thời gian này vẫn chưa đi tiêu được thì nên đứng dậy, đợi thêm và thử lại sau, thay vì tiếp tục ngồi rặn). Điều này giúp tránh tình trạng các cơ bị co thắt nghịch lý vì cố rặn quá mức. Nếu bệnh nhân cảm thấy đi chưa hết phân, khuyên họ không nên lạm dụng việc dùng tay móc phân hoặc rặn quá sức, vì những hành động đó sẽ tạo tâm lý căng thẳng và làm cơ sàn chậu càng co chặt hơn. Sự kiên trì và nhất quán rất quan trọng – bằng cách ngồi vào nhà vệ sinh vào cùng một giờ mỗi ngày, nhu động ruột có thể được "điều kiện hóa" để hoạt động theo nhịp điệu đều đặn hơn (tương tự như quá trình rèn trẻ nhỏ đi tiêu vào giờ cố định).

Chế độ ăn và độ mềm của phân: Bên cạnh việc rèn luyện cơ, cần đảm bảo phân có độ mềm và thể tích phù hợp để dễ dàng bài xuất. Bệnh nhân được

khuyến khích tăng cường chất xơ trong khẩu phần để có phân mềm, xốp. Chế độ ăn nên có khoảng 20 – 30 gam chất xơ mỗi ngày (từ rau củ, trái cây, ngũ cốc nguyên hạt hoặc bổ sung như bột vỏ hạt mã đề). Đồng thời, phải uống đủ nước (khoảng 1,5 – 2 lít nước mỗi ngày nếu không có chống chỉ định) vì chất xơ chỉ phát huy tác dụng khi có đủ nước. Tăng cường vận động thể lực thường xuyên cũng hữu ích để kích thích nhu động ruột, đồng thời tốt cho sức khỏe tổng thể. Tuy nhiên, chỉ thay đổi chế độ ăn và lối sống thường không giải quyết được hoàn toàn chứng táo bón do rối loạn phối hợp cơ – những biện pháp này chủ yếu hỗ trợ phần nào. Nếu sau khi điều chỉnh ăn uống mà phân vẫn cứng hoặc bệnh nhân vẫn phải rặn nhiều, có thể sử dụng thuốc nhuận tràng theo chỉ định của bác sĩ. Các thuốc nhuận tràng thẩm thấu (như polyethylene glycol, magnesium hydroxide, lactulose) giúp kéo nước vào lòng ruột để làm mềm phân; còn thuốc nhuận tràng kích thích (như senna, bisacodyl) giúp tăng co bóp ruột để đẩy phân ra ngoài. Những thuốc nhuận tràng thế hệ mới (như lubiprostone, linaclotide, plecanatide) cũng có thể được cân nhắc trong táo bón mạn tính để tăng tiết dịch và tăng nhu động ruột. Mục tiêu đặt ra là phân đạt độ mềm vừa phải (thường tương đương loại 4 trên thang điểm phân Bristol – phân mềm, thành khuôn) để bệnh nhân có thể đi tiêu mà không phải rặn quá sức. Lưu ý rằng các thuốc nhuận tràng chỉ giúp hỗ trợ làm mềm phân và tăng nhu động, chứ không giải quyết được nguyên nhân phối hợp cơ; vì vậy chúng cần được dùng song song với các liệu pháp rèn luyện về cơ.

Liệu pháp phản hồi sinh học (Biofeedback): Đây là phương pháp chủ đạo để khắc phục rối loạn phối hợp cơ sàn chậu khi đại tiện. Biofeedback sử dụng các cảm biến để ghi nhận hoạt động của cơ và cung cấp phản hồi tức thì nhằm giúp bệnh nhân học cách điều chỉnh sự phối hợp cơ. Trong trường hợp này, mục tiêu của biofeedback bao gồm: (1) huấn luyện bệnh nhân thư giãn các cơ sàn chậu và cơ thắt hậu môn trong khi rặn và (2) phối hợp động tác tăng áp lực ổ bụng với sự thả lỏng các cơ sàn chậu để việc đại tiện diễn ra thuận lợi. Thông thường, bệnh nhân sẽ được tập biofeedback trong khoảng 6 buổi, mỗi buổi cách nhau 1 – 2 tuần. Trong một buổi điển hình, kỹ thuật viên đặt một

đầu dò áp lực vào hậu môn để đo áp lực cơ thắt, và có thể gắn thêm cảm biến trên bụng để đo lực rặn bụng. Bệnh nhân được yêu cầu mô phỏng việc đi tiêu – thường bằng cách cố rặn để đẩy ra ngoài một quả bóng nhỏ hoặc một dụng cụ giả phân đặt trong trực tràng – trong khi quan sát biểu đồ phản hồi về hoạt động cơ trên màn hình. Nếu bệnh nhân rặn mà đồng thời cơ thắt hậu môn lại co (thể hiện bằng áp lực tăng trên biểu đồ), chuyên viên sẽ hướng dẫn bệnh nhân tập trung thả lỏng cơ thắt. Qua luyện tập nhiều lần, bệnh nhân dần dần học được cách điều khiển chọn lọc các nhóm cơ phù hợp. Họ cũng được dạy các kỹ thuật như "brace and bulge" (có thể hiểu là "gồng bụng và làm phồng vùng đáy chậu"): tức là kích hoạt các cơ bụng (gồng cứng bụng) đồng thời chủ động thả lỏng để vùng đáy chậu hơi phình ra (thay vì co thắt lại) – kỹ thuật này mô phỏng đúng động tác rặn khi đại tiện. Ngoài ra, bệnh nhân còn tập các bài tập co rồi thả lỏng hoàn toàn các cơ sàn chậu để tăng khả năng kiểm soát tự chủ.

Hiệu quả của biofeedback trong điều trị táo bón do rối loạn chức năng sàn chậu đã được chứng minh rõ rệt. Đây được coi là "tiêu chuẩn vàng" cho tình trạng này, với tỷ lệ thành công trên 70%. Nhiều nghiên cứu cho thấy liệu pháp biofeedback đem lại kết quả cải thiện vượt trội so với việc chỉ dùng thuốc nhuận tràng hoặc chỉ thay đổi chế độ ăn ở các trường hợp táo bón chức năng mạn tính có rối loạn phối hợp cơ. Thực tế lâm sàng cũng ghi nhận nhiều bệnh nhân táo bón lâu năm phải phụ thuộc thuốc nhuận tràng nhưng không cải thiện, sau khi tập biofeedback lại có tiến triển rất tốt vì phương pháp này giải quyết đúng căn nguyên là sự phối hợp cơ không đồng bộ. Những cải thiện mà bệnh nhân có thể đạt được bao gồm: tăng số lần đi tiêu mỗi tuần, giảm mức độ phải rặn và cảm giác đại tiện xong hoàn toàn hơn.

Chương trình biofeedback có thể thay đổi tùy từng nơi, nhưng thường bao gồm các nội dung chính:

- Nâng cao nhận thức của bệnh nhân: Bệnh nhân có thể chưa phân biệt được khi nào cơ sàn chậu đang co hay đang thả lỏng. Biofeedback giúp họ "nhìn thấy" hoặc "nghe thấy" được trạng thái

của cơ thông qua tín hiệu phản hồi, từ đó hình thành nhận thức rõ ràng hơn về hoạt động của các cơ trong lúc đi tiêu.

- Huấn luyện kỹ năng phối hợp: Bằng cách mô phỏng động tác đại tiện với sự hỗ trợ của phản hồi trực quan, bệnh nhân sẽ học cách đồng bộ giữa việc dùng lực bụng (rặn) với việc thả lỏng cơ sàn chậu đúng
  thời điểm.
- Điều chỉnh kỹ thuật thở: Hướng dẫn bệnh nhân không nín thở hoặc rặn theo kiểu Valsalva quá mức, thay vào đó luyện tập thở bằng cơ hoành (hít sâu và thở ra dài, đều) để hỗ trợ thư giãn cơ khi đi tiêu.
- Thực hành thường xuyên: Bệnh nhân thường được giao bài tập về nhà, ví dụ luyện tập kỹ thuật rặn đúng mỗi ngày. Ngày nay, một số chương trình còn cung cấp thiết bị cầm tay hoặc cảm biến kết nối với ứng dụng trên điện thoại để bệnh nhân tiếp tục tự tập biofeedback tại nhà, và nghiên cứu cho thấy tập tại nhà như vậy có hiệu quả tương đương với tập tại cơ sở y tế.
- Các buổi củng cố: Sau khi hoàn thành đợt tập ban đầu, bệnh nhân có thể được hẹn tái đánh giá và tập củng cố vào khoảng 6 tuần, 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng sau đó nhằm duy trì thói quen tốt và ngăn ngừa tái phát.

Một ưu điểm lớn của liệu pháp biofeedback là hầu như không có tác dụng phụ đáng kể nào. Bệnh nhân chỉ cần đầu tư thời gian, và ban đầu có thể e ngại hoặc hơi khó chịu khi có dụng cụ đặt ở hậu môn, nhưng cảm giác này thường giảm dần khi họ quen với quy trình tập. Có thể nói biofeedback là một liệu pháp mang tính "học tập" – bệnh nhân học cách điều khiển lại chức năng cơ thể mình. Trở ngại lớn nhất chỉ là vấn đề tiếp cận: không phải nơi nào cũng có chuyên viên được đào tạo bài bản về phương pháp này, mặc dù tình hình này đang dần được cải thiện khi hiệu quả của biofeedback ngày càng được nhận biết rộng rãi. Thêm nữa, không phải mọi bảo hiểm y tế đều chi trả cho liệu pháp biofeedback, nhưng trước các bằng chứng cho thấy tính ưu việt của

phương pháp này, ngày càng có nhiều tiếng nói kêu gọi bảo hiểm cần bao phủ chi phí cho nó.

Tóm lại, táo bón chức năng do rối loạn phối hợp cơ sàn chậu được điều trị tốt nhất bằng một kế hoạch phối hợp gồm: đảm bảo phân mềm và thói quen đại tiện đều đặn (nhờ chế độ ăn, nước uống và thuốc hỗ trợ nếu cần) và huấn luyện lại cơ chế đại tiện thông qua liệu pháp phản hồi sinh học kết hợp với điều chỉnh hành vi. Với cách tiếp cận này, phần lớn bệnh nhân cải thiện rõ rệt – họ phải rặn ít hơn, cảm giác đại tiện trọn vẹn hơn và tần suất đi tiêu gần trở về bình thường. Quan trọng hơn, bệnh nhân được trang bị kiến thức và kỹ năng để kiểm soát hoạt động cơ thể, biến một vấn đề mãn tính gây nhiều phiền toái thành tình trạng có thể chủ động quản lý. Những cải thiện đạt được có xu hướng duy trì bền vững nếu bệnh nhân tiếp tục tuân thủ các thói quen tốt; một số người có thể cần tập nhắc lại định kỳ, nhưng đa phần bệnh nhân sẽ dần hình thành phản xạ đi tiêu mới. Như vậy, sự kết hợp giữa thay đổi hành vi và huấn luyện lại chức năng cơ sàn chậu đã tác động đồng thời vào cả "phần mềm" (thói quen, hành vi) lẫn "phần cứng" (yếu tố sinh học của cơ thể) trong quá trình đại tiện, mang lại hiệu quả ở những trường hợp mà chỉ bổ sung chất xơ hay dùng thuốc nhuận tràng đơn thuần không giải quyết được.

13.6 Đau vùng đáy chậu ở nam giới và đau khi xuất tinh

Đối với nam giới, hội chứng đau vùng chậu mạn tính – thường được chẩn đoán là viêm tiền liệt tuyến mạn tính/hội chứng đau vùng chậu mạn tính (CP/CPPS) – là tình trạng tương ứng với đau vùng chậu mạn tính ở nữ. Nam giới mắc hội chứng này thường bị đau ở vùng đáy chậu, đau ở cơ quan sinh dục (bìu, dương vật), vùng bụng dưới hoặc thắt lưng, kèm theo các triệu chứng đường tiểu (như tiểu buốt, tiểu lắt nhắt nhiều lần) và rối loạn chức năng tình dục, chẳng hạn đau khi xuất tinh. Đáng chú ý, có tới 90 – 95% trường hợp không tìm thấy nhiễm khuẩn rõ ràng – do đó thuật ngữ "viêm tuyến tiền liệt" trong bối cảnh này có phần không chính xác (vì đa số không có viêm nhiễm thực sự). Hiện nay người ta hiểu rằng CPPS là một hội chứng đau đa yếu tố, trong đó có sự tham gia của tình trạng co thắt cơ sàn chậu, rối loạn điều hòa thần kinh và các yếu tố tâm lý xã hội. Vì vậy, tương tự như ở nữ giới, phương

pháp tiếp cận hiệu quả nhất phải mang tính đa mô thức và được cá thể hóa cho từng
bệnh nhân.

Điều trị đa chuyên khoa: Các hướng dẫn của Hiệp hội Niệu khoa Hoa Kỳ (AUA) và châu Âu đều nhấn mạnh rằng điều trị đơn thuần một biện pháp thường không đủ hiệu quả trong CPPS, mà cần kết hợp nhiều phương thức điều trị và phối hợp giữa các chuyên khoa. Trong thực hành, điều này có nghĩa là kế hoạch điều trị cần bao gồm cả thuốc men, vật lý trị liệu và hỗ trợ tâm lý, được điều chỉnh tùy theo biểu hiện cụ thể của mỗi bệnh nhân. Một cách tiếp cận hữu ích là phân loại các biểu hiện của bệnh nhân theo mô hình UPOINT (viết tắt của các lĩnh vực: Triệu chứng tiết niệu – Urinary, Yếu tố tâm lý xã hội – Psychosocial, Triệu chứng cơ quan đặc hiệu – Organ – specific, Yếu tố nhiễm trùng – Infection, Yếu tố thần kinh/toàn thân – Neurologic/Systemic, và Điểm đau ở cơ – Tenderness of skeletal muscles). Mỗi bệnh nhân có thể có một số lĩnh vực nổi trội, và khi đó kế hoạch điều trị sẽ nhắm vào từng lĩnh vực tương ứng. Chẳng hạn, nếu một bệnh nhân nam có triệu chứng rối loạn tiểu tiện rõ, khám thấy cơ sàn chậu tăng trương lực đau và có biểu hiện lo âu, thì kế hoạch điều trị sẽ bao gồm thuốc chẹn alpha (để cải thiện tiểu tiện), vật lý trị liệu sàn chậu (để giảm co thắt cơ) và liệu pháp tâm lý hoặc thuốc chống lo âu (để cải thiện yếu tố tâm lý).

Điều trị bằng thuốc: Trong CPPS, thường người ta sẽ thử phối hợp một số thuốc nhằm vào các cơ chế khác nhau:

- Thuốc chẹn α – adrenergic: Các thuốc như tamsulosin, alfuzosin hoặc silodosin giúp giãn cơ trơn ở cổ bàng quang và tuyến tiền liệt, nhờ đó cải thiện dòng tiểu và giảm triệu chứng tắc nghẽn. Điều này có thể làm giảm áp lực và sự căng cơ ở vùng chậu, từ đó góp phần giảm đau. Những bệnh nhân có triệu chứng đường tiểu dưới (chẳng hạn tiểu không hết, tia tiểu yếu) rõ rệt thường được khuyên dùng thử nhóm thuốc này. Thông thường, sau 4 – 6 tuần nếu không có cải thiện thì nên ngừng, còn nếu bệnh nhân đáp ứng tốt thì có thể duy trì

vài tháng. Các thuốc chọn lọc trên thụ thể α1A (như tamsulosin) thường được ưu tiên để hạn chế tác dụng phụ trên tim mạch (như hạ huyết áp).

- Thuốc kháng sinh: Mặc dù hiếm khi tìm thấy nhiễm trùng thực sự trong CPPS, một số bệnh nhân (đặc biệt chưa từng điều trị trước đó) có thể được thử một liệu trình kháng sinh, với giả thuyết có nhiễm khuẩn tiềm ẩn ở tuyến tiền liệt mà xét nghiệm không phát hiện được. Thường dùng một fluoroquinolone như ciprofloxacin trong 4 – 6 tuần. Đôi khi bệnh nhân báo cáo có giảm nhẹ triệu chứng khi dùng kháng sinh, có thể nhờ tính chất kháng viêm của thuốc hoặc do diệt được một tác nhân nhiễm khuẩn khó tìm thấy. Tuy nhiên, trong những trường hợp CPPS không do viêm nhiễm, kháng sinh sẽ không mang lại lợi ích; do đó nếu sau đợt đầu tiên mà không cải thiện, các hướng dẫn khuyên không nên lặp lại kháng sinh (trừ khi có bằng chứng nhiễm trùng rõ ràng hoặc bệnh nhân đã cải thiện một phần rồi xấu đi trở lại).
- Thuốc giảm đau và chống viêm: Bệnh nhân có thể dùng các thuốc giảm đau thông thường như NSAID hoặc paracetamol khi cơn đau tăng hoặc khi có bằng chứng viêm. Những thuốc này có thể giảm phần nào mức độ viêm và đau ở vùng chậu, nhưng không nên dùng liên tục dài ngày do hiệu quả hạn chế và nguy cơ tác dụng phụ. Một số trường hợp viêm nghi ngờ có yếu tố tự miễn, bác sĩ có thể cho thử corticoid ngắn ngày, nhưng điều này không phổ biến. Đối với đau do co thắt cơ, có thể dùng thuốc giãn cơ (ví dụ diazepam liều thấp, thậm chí bào chế dạng viên đặt hậu môn) để giúp thư giãn cơ sàn chậu, mặc dù đây là cách dùng "ngoài chỉ định chính thức" (off – label) và cần được bác sĩ theo dõi.
- Thuốc giảm đau thần kinh: Nếu cơn đau có dấu hiệu của đau thần kinh (ví dụ cảm giác đau bỏng rát, đau lan, hoặc đau mạn tính không đáp ứng với các biện pháp trên), có thể thêm các thuốc điều biến đau thần kinh như gabapentin, pregabalin hoặc một thuốc chống trầm cảm ba vòng như amitriptyline. Những thuốc này giúp giảm kích

thích quá mức của hệ thần kinh trung ương và ngoại vi, cải thiện chất lượng giấc ngủ và giảm hiện tượng tăng cảm giác đau, qua đó làm bệnh nhân cảm thấy đỡ đau hơn.

- Thuốc ức chế 5 – alpha reductase: Với những bệnh nhân có tuyến tiền liệt lớn hoặc PSA cao – dấu hiệu có thể có phì đại tuyến tiền liệt kèm theo CPPS – đôi khi bác sĩ cho thử dùng thuốc ức chế 5 – alpha reductase như finasteride. Thuốc này làm giảm thể tích tuyến tiền liệt theo thời gian, nhờ đó có thể giảm bớt áp lực trong tuyến và giảm đau. Tuy nhiên, bằng chứng ủng hộ việc này còn chưa rõ ràng, và nó không phải trị liệu thường quy nếu bệnh nhân không có biểu hiện của phì đại lành tính tuyến tiền liệt.
- Thảo dược và thực phẩm bổ sung: Một số nghiên cứu nhỏ gợi ý rằng một số sản phẩm bổ sung có thể có lợi cho CPPS. Ví dụ, quercetin (một flavonoid có đặc tính chống viêm) và chiết xuất phấn hoa (như chế phẩm Cernilton) được báo cáo là giúp giảm triệu chứng ở một số bệnh nhân. Chúng được cho là có tác dụng chống viêm và giãn cơ trơn ở một mức độ nào đó. Tuy chưa được đưa vào hướng dẫn chính thức, bệnh nhân có thể thảo luận với bác sĩ về việc thử sử dụng những sản phẩm này một cách an toàn.
- Điều trị các vấn đề kèm theo: Nếu bệnh nhân có rối loạn cương dương do đau hoặc có triệu chứng trầm cảm, lo âu, thì việc điều trị những vấn đề này cũng rất quan trọng. Thuốc ức chế PDE5 như sildenafil có thể giúp cải thiện cương dương và tăng tưới máu vùng chậu, gián tiếp giảm triệu chứng. Thuốc chống trầm cảm (SSRI hoặc SNRI) có thể được dùng để cải thiện tâm trạng, giảm lo âu, qua đó giúp bệnh nhân đối phó tốt hơn với hội chứng đau.

Vật lý trị liệu sàn chậu: Giống như ở nữ, đa số nam giới mắc CPPS được phát hiện có tình trạng bất thường ở cơ sàn chậu – thống kê cho thấy tới khoảng 90% nam giới CPPS có các dấu hiệu như cơ sàn chậu căng cứng, xuất hiện điểm đau khi thăm khám qua trực tràng. Triệu chứng này có thể biểu hiện bằng việc luôn có cảm giác căng tức vùng đáy chậu, khám trực tràng thấy

bệnh nhân đau khi chạm vào cơ nâng hậu môn (đau do căng cơ chứ không phải do nhiễm trùng tuyến tiền liệt), hoặc đau lan lên vùng trên mu, bìu. Vật lý trị liệu tập trung vào sàn chậu áp dụng cho nam giới dựa trên những nguyên tắc tương tự như ở nữ giới. Các kỹ thuật viên sẽ thực hiện xoa bóp, bấm những điểm cơ bị co thắt (có thể đưa ngón tay qua ngả trực tràng để tiếp cận các cơ như cơ nâng hậu môn, cơ bịt trong), phối hợp với xoa nắn các mô mềm bên ngoài để giải phóng sự co cứng. Các bài tập kéo giãn nhóm cơ đáy chậu và cơ quanh hông cũng được áp dụng để tăng độ linh hoạt và giảm đau. Bệnh nhân được hướng dẫn các bài tập thư giãn, kỹ thuật thở đúng và đôi khi sử dụng cả phương pháp phản hồi sinh học để học cách chủ động thư giãn nhóm cơ này. Một liệu trình vật lý trị liệu sàn chậu cho nam có thể kéo dài vài tuần đến vài tháng, với tần suất 1 buổi mỗi tuần, và bệnh nhân cần luyện tập các bài tập được hướng dẫn ở nhà hàng ngày. Kết quả thường rất khả quan: một nghiên cứu áp dụng chương trình vật lý trị liệu sàn chậu toàn diện cho nam giới cho thấy khoảng 50% bệnh nhân báo cáo cải thiện lớn, 20% cải thiện vừa phải và không có ai tệ hơn – chứng tỏ đây là liệu pháp an toàn và hiệu quả cao. Vì vậy, việc giới thiệu bệnh nhân đến chuyên gia vật lý trị liệu sàn chậu là hết sức quan trọng; trên thực tế, các chuyên gia khuyên rằng bất kỳ nam giới nào bị CPPS cũng nên được đánh giá và điều trị vấn đề cơ sàn chậu nếu có, vì giải quyết được tình trạng co thắt và rối loạn chức năng cơ có thể làm giảm đáng kể cả đau đớn lẫn các triệu chứng tiết niệu.

Liệu pháp tâm lý và điều chỉnh hành vi: Cơn đau mạn tính vùng chậu ở nam giới cũng gây tác động mạnh về tâm lý. Bệnh nhân có thể rơi vào trạng thái chán nản, cáu gắt do đau kéo dài, lo lắng về sức khỏe sinh sản và nam tính của mình, thậm chí một số người sợ rằng mình mắc bệnh hiểm nghèo chưa được chẩn đoán. Vì vậy, hỗ trợ tâm lý là một phần thiết yếu trong điều trị. Liệu pháp nhận thức – hành vi (CBT) hoặc các hình thức tư vấn tâm lý khác có thể giúp bệnh nhân học được cách kiểm soát phản ứng cảm xúc trước cơn đau, thay đổi những suy nghĩ tiêu cực và giảm lo âu thái quá về triệu chứng. Hướng dẫn điều trị của AUA cũng nhấn mạnh CBT là thành phần quan trọng trong chiến lược điều trị CPPS, giúp giải quyết tình trạng lo âu và trầm cảm

thường đi kèm hội chứng này. Bên cạnh đó, việc luyện tập các kỹ thuật thư giãn, giảm stress (như thiền định, tập thở, yoga) có thể hữu ích, vì stress tinh thần có xu hướng làm tăng co cứng cơ sàn chậu và làm bệnh nhân đi tiểu thường xuyên hơn. Nếu bệnh nhân bị đau khi xuất tinh hoặc né tránh quan hệ tình dục vì sợ đau, có thể cần đến liệu pháp tình dục hoặc tư vấn cặp đôi. Chuyên gia sẽ giáo dục bệnh nhân và bạn tình về tình trạng bệnh, hướng dẫn các bước từ từ để quay lại hoạt động tình dục một cách thoải mái, bao gồm cả việc sử dụng các kỹ thuật thư giãn trước và trong khi quan hệ. Một số bác sĩ có thể kê thêm liều thấp thuốc an thần hoặc thuốc giãn cơ để bệnh nhân dùng trước khi quan hệ, giúp giảm co thắt cơ sàn chậu trong lúc sinh hoạt tình dục. Ngoài ra, một số bệnh nhân nhận thấy việc xuất tinh đều đặn giúp họ cảm thấy giảm bớt căng tức vùng tiền liệt tuyến và giảm đau – mặc dù chưa được nghiên cứu bài bản, duy trì tần suất xuất tinh ở mức dễ chịu cho bệnh nhân (tất nhiên không cố quá vì có người thấy đau tăng sau khi xuất tinh) cũng được khuyến khích nếu bệnh nhân thấy giúp ích.

Các biện pháp hỗ trợ khác:

- Điều biến thần kinh: Một số biện pháp điều biến thần kinh đã được thử nghiệm tương tự như ở nữ giới, chẳng hạn bệnh nhân có thể dùng máy TENS đặt ở vùng lưng dưới để giảm đau, hoặc áp dụng kích thích dây thần kinh chày sau qua da. Một phương pháp mới đang được nghiên cứu là sử dụng sóng xung kích cường độ thấp tác động vào vùng đáy chậu (qua da), vài nghiên cứu bước đầu cho thấy có thể cải thiện triệu chứng CPPS bằng cách tăng tưới máu và giảm kích thích quá mức thần kinh ở vùng này.
- Can thiệp lên tuyến tiền liệt: Trong quá khứ, xoa bóp tuyến tiền liệt định kỳ từng được xem là phương pháp để giảm ứ đọng dịch tuyến tiền liệt và cải thiện triệu chứng, nhưng kết quả không nhất quán và nhiều bệnh nhân thấy đau thêm, do đó hiện nay không được khuyến cáo thường xuyên. Các can thiệp phẫu thuật vào tuyến tiền liệt như cắt đốt nội soi (TURP) hoặc phẫu thuật bằng laser đôi khi được thử ở bệnh nhân đã điều trị bảo tồn tối ưu mà vẫn không đỡ (đặc biệt

nếu kèm phì đại tuyến tiền liệt gây bế tắc đường tiểu dưới), nhưng đa số hướng dẫn không khuyến cáo phẫu thuật trong CPPS vì hiệu quả không dự đoán được và có nguy cơ biến chứng. Chỉ nên xem xét phẫu thuật nếu bệnh nhân có tổn thương thực thể rõ ràng đi kèm mà phẫu thuật có thể giải quyết (ví dụ phì đại tuyến tiền liệt rất lớn gây tắc nghẽn nặng hoặc có sỏi, hẹp niệu đạo cần xử lý).

- Điều trị đau chuyên sâu: Đối với những trường hợp đau dữ dội, bác sĩ chuyên khoa đau có thể đề nghị một số thủ thuật can thiệp như tiêm phong bế thần kinh thẹn, tiêm phong bế hạch cùng cụt (nhằm cắt đường dẫn truyền cảm giác đau từ vùng đáy chậu qua hạch giao cảm ở mặt trước xương cụt), hoặc cấy máy kích thích các rễ thần kinh cùng để giảm đau. Một số bệnh nhân đáp ứng tốt với những biện pháp này, nhưng hiệu quả rất khác nhau tùy người. Trong các trường hợp cực kỳ khó khăn và dai dẳng, đôi khi người ta mới tính đến những biện pháp đặc biệt như đặt bơm truyền thuốc giảm đau vào tủy sống hoặc phẫu thuật can thiệp thần kinh, nhưng những biện pháp này rất hiếm khi được thực hiện vì rủi ro cao và chưa có bằng chứng chắc chắn.
- Theo dõi và điều chỉnh kế hoạch: Vì CPPS là tình trạng mạn tính, bệnh nhân cần được theo dõi định kỳ để đánh giá mức độ cải thiện cũng như điều chỉnh điều trị. Cần giải thích rõ với bệnh nhân rằng quá trình cải thiện thường diễn ra chậm và có thể phải phối hợp nhiều phương pháp mới đạt hiệu quả. Việc đặt ra mục tiêu cụ thể (thí dụ giảm đau được 50%, hoặc ngồi lâu được 1 – 2 giờ thay vì chỉ 15 – 30 phút) sẽ giúp đánh giá tiến bộ rõ ràng hơn qua mỗi lần tái khám. Tùy vào đáp ứng, bác sĩ sẽ tinh chỉnh các biện pháp điều trị – ví dụ nếu bệnh nhân đã cải thiện nhiều về tiểu tiện nhưng vẫn còn đau nhiều, có thể tăng cường vật lý trị liệu hoặc bổ sung thuốc giảm đau thần kinh; nếu sau một thời gian đau thuyên giảm và muốn giảm bớt thuốc, có thể sẽ giảm liều thuốc từ từ kết hợp duy trì liệu pháp tập luyện và tâm lý. Cũng cần lưu ý loại trừ các bệnh lý khác phát sinh có thể góp phần gây đau (ví dụ thỉnh thoảng làm xét nghiệm để

đảm bảo không có nhiễm trùng tiểu, không có sỏi niệu quản, v.v. tùy trường hợp).

Mặt tích cực là nhiều nam giới cải thiện đáng kể khi được điều trị một cách toàn diện. Các nghiên cứu cho thấy những bệnh nhân được áp dụng liệu pháp đa mô thức cá nhân hóa (kết hợp thuốc, vật lý trị liệu và hỗ trợ tâm lý) có chất lượng sống và chức năng tốt hơn so với nhóm chỉ điều trị từng thứ đơn độc. Bằng cách tác động đồng thời lên mọi khía cạnh của hội chứng – giúp bệnh nhân thư giãn các cơ sàn chậu, làm dịu các đường dẫn truyền thần kinh đau, giải quyết triệu chứng đường tiểu và nâng đỡ tinh thần – phương pháp phối hợp này thường có thể phá vỡ vòng luẩn quẩn của đau mạn tính. Thực tế đã có những trường hợp nam giới vốn luôn bị cảm giác đau ê ẩm liên tục ở vùng đáy chậu và đau buốt mỗi khi xuất tinh, sau quá trình điều trị họ chỉ còn đau nhẹ thoáng qua hoặc hoàn toàn hết đau, và hoạt động tình dục trở lại bình thường hoặc gần như bình thường. Tất nhiên, điều này đòi hỏi sự kiên trì của bệnh nhân cũng như sự phối hợp chặt chẽ giữa các chuyên gia – bao gồm bác sĩ tiết niệu, chuyên viên vật lý trị liệu sàn chậu, nhà tâm lý học và các bác sĩ chuyên khoa liên quan khác (như chuyên gia điều trị đau, thần kinh…) khi cần.

Tóm lại, hội chứng đau vùng chậu mạn tính ở nam giới, với biểu hiện đau vùng đáy chậu và đau khi xuất tinh, cần được điều trị bằng một kế hoạch đa mô thức phù hợp với từng cá nhân. Trong đó bao gồm: liệu pháp dùng thuốc hợp lý (ví dụ thuốc chẹn alpha cải thiện tiểu tiện, thuốc chống viêm giảm đau, thuốc giảm đau thần kinh khi cần thiết), vật lý trị liệu sàn chậu để giải quyết tình trạng co thắt cơ (rất quan trọng vì có tới khoảng 90% trường hợp CPPS có liên quan cơ sàn chậu), và hỗ trợ tâm lý – hành vi (như CBT và các biện pháp quản lý stress) để cải thiện sức khỏe tinh thần và kỹ năng đối phó của bệnh nhân. Sự nhẫn nại và tuân thủ điều trị là yếu tố then chốt – cần giải quyết từng khía cạnh của hội chứng một cách có hệ thống. Mặc dù đây là tình trạng phức tạp và thách thức, cách tiếp cận toàn diện như trên mang lại cơ hội cao nhất giúp bệnh nhân giảm đau, cải thiện chức năng và nâng cao chất lượng cuộc sống.

Kết phần III Từ can thiệp đến duy trì

Bức tranh tổng thể của Phần III Phần III đã đi từ "biết" sang "làm", từ nền tảng giáo dục – thay đổi hành vi đến các kỹ thuật can thiệp có hệ thống, rồi quy về các phác đồ theo hội chứng. Các mảnh ghép chính gồm:

- Giáo dục, hành vi & lối sống: nhật ký bàng quang/ruột, chiến lược dịch nhập, kiểm soát caffeine – rượu, xử trí táo bón, vệ sinh tiểu tiện, huấn luyện bàng quang, ergonomics khi nâng – ho – hắt hơi, The Knack, và lộ trình trở lại thể thao.
- PFMT (Pelvic Floor Muscle Training): thiết lập mục tiêu SMART dựa trên đánh giá đầu vào; cấu phần sức mạnh – sức bền – nhanh – phối hợp; liều lượng – tiến triển tư thế; tích hợp hô hấp và The Knack; theo dõi tuân thủ & kết quả.
- Công cụ hỗ trợ: biofeedback, kích thích điện, liệu pháp tay (myofascial, trigger point), dụng cụ (dilator, nón âm đạo/pessary), cùng nguyên lý an toàn – chỉ định – chống chỉ định.
- Kế hoạch theo hội chứng: SUI (chương trình 12 tuần chuẩn hóa); UUI/OAB (kết hợp hành vi + điều biến thần kinh); POP nhẹ (bảo tồn & bài tập + pessary khi cần); đau sàn chậu mạn (đa mô thức, nhắm cơ – thần kinh – tâm lý); táo bón chức năng (điều phối cơ & biofeedback); nam giới (đau tầng sinh môn/xuất tinh đau, tiếp cận UPOINT).

Tổng hợp lại, Phần III không chỉ cung cấp "cái hộp dụng cụ" mà còn đề xuất "cách sử dụng" – tức là lộ trình triển khai theo giai đoạn, tiêu chí tăng tiến, điểm dừng/vai trò chuyển tuyến, và cách đo lường để biết khi nào nên tiếp tục, chỉnh liều, hay đổi chiến lược.

1. 10 thông điệp cốt lõi để mang vào thực hành

- Giáo dục khai mở động lực: mọi phác đồ bắt đầu từ giải thích cơ chế, "vì sao" – "làm thế nào", để bệnh nhân hiểu mục tiêu và trở thành chủ thể tích cực.
- Ghi chép tạo bằng chứng: nhật ký bàng quang/ruột + thang triệu chứng giúp cá thể hóa can thiệp và là "điểm mốc" để thấy tiến bộ.
- PFMT là xương sống: chuẩn hóa kỹ thuật co – thả, liều lượng (ít nhất 3 lần/ngày), và tăng tiến tư thế từ nằm → ngồi → đứng → chức năng.
- The Knack là "phanh tay" tức thời: tiền co cơ sàn chậu trước các đỉnh áp lực (ho, hắt hơi, nâng) để ngăn rò rỉ/sa nặng thêm.
- Hành vi đi song hành sinh học: quản lý dịch nhập – chất kích thích – táo bón; vệ sinh tiểu tiện; huấn luyện bàng quang theo thời gian mục tiêu.
- Đo – phản hồi – chỉnh: biofeedback/kích thích điện/liệu pháp tay giúp "cảm – học – làm" nhanh hơn, đặc biệt khi kích hoạt cơ khó.
- Đa mô thức cho đau mạn: giải phóng cân cơ + tái lập điều hòa thần kinh + CBT/chiến lược đối phó; tránh phụ thuộc opioid.
- POP nhẹ ưu tiên bảo tồn: PFMT + điều chỉnh tải lực + pessary đúng cỡ; cân nhắc estrogen tại chỗ sau mãn kinh.
- Táo bón do rối loạn phối hợp là "bài học phối hợp": chỉnh phân (xơ – nước – vận động – nhuận tràng khi cần) nhưng mấu chốt là biofeedback đẩy – giãn đồng bộ.
- Nam giới cần khung UPOINT: nhận diện miền trội (tiết niệu – cơ – tâm lý…) để ghép đúng "mảnh điều trị" vào đúng chỗ.

2. Nguyên tắc phiên dịch từ "nguyên lý" sang "kế hoạch"

- Chuẩn hóa mục tiêu: SMART (cụ thể – đo được – đạt được – phù hợp – thời hạn). Ví dụ SUI: giảm ≥50% số pad/tuần sau 12 tuần; OAB: kéo dài khoảng cách giữa hai lần tiểu từ 60' lên 120' sau 6 tuần.

- Tiêu chí tăng tiến: khi kỹ thuật đúng ≥80% lần lặp; khi không có bù trừ (Valsalva/nhíu mông/nhấc bụng) → tăng số nhịp/giữ lâu hơn/tăng tải chức năng (bước, squat, lunge, ho thử).
- Tích hợp theo nhiệm vụ: đưa PFMT vào hoạt động đời thường (đứng lên – ngồi xuống, nhấc đồ, ho/hắt hơi); thể thao quay lại theo bậc (thang lực – bền – tốc – động tác chuyên môn).
- An toàn trước tốc độ: đau tăng, trầm cảm, tiểu máu, sụt cân không chủ ý, sốt, khối vùng chậu… là cờ đỏ – ngừng tăng tiến, chuyển tuyến.
- Theo dõi khách quan + chủ quan: kết hợp manometry/sEMG/siêu âm tầng sinh môn (khi sẵn có) với PROMs (ICIQ, PFDI, PFIQ, NIH – CPSI, OAB – q, BSC, GRC).
- Giao ước tuân thủ: vi mô (nhắc tập trong ngày), vĩ mô (lịch hẹn tái đánh giá 4 – 6 tuần/lần); dùng công nghệ (app, thiết bị theo dõi) khi phù hợp.

3. Các sai lầm thường gặp & cách phòng tránh

- "Tập nhiều hơn" ≠ "tập đúng hơn": tăng liều khi kỹ thuật đã chuẩn; nếu co sai (rặn xuống), hãy quay lại cảm nhận – kích hoạt bằng biofeedback/định vị tay.
- Bỏ qua yếu tố hành vi: uống ít nước quá mức, nhịn tiểu quá lâu, lạm dụng caffeine, không xử trí táo bón → triệt tiêu hiệu quả PFMT.
- Không tôn trọng nhịp phục hồi: thiếu ngày "nghỉ hoạt tính" khiến cơ mệt – bù trừ, nhất là ở giai đoạn tăng bền.
- Đơn mô thức trong đau mạn: chỉ xoa bóp hoặc chỉ thuốc hiếm khi đủ; cần "tam trụ" cơ – thần kinh – tâm lý.
- Pessary không theo dõi: không tái khám/không estrogen tại chỗ ở người dễ kích ứng → loét tì đè.
- Trở lại thể thao quá sớm: chưa đủ sức bền – kiểm soát áp lực – phản xạ The Knack → tái phát rò rỉ/đau.

4. Bằng chứng – hiệu quả – giới hạn

- Bảo tồn có thể đạt cải thiện lâm sàng có ý nghĩa: SUI giảm rò rỉ, OAB giảm gấp – tần suất, POP nhẹ giảm triệu chứng nặng tức, CPP giảm điểm đau và cải thiện chức năng.
- Hiệu quả phụ thuộc "tam giác": (1) kỹ thuật chuẩn; (2) liều – tiến triển đủ; (3) tuân thủ + điều chỉnh hành vi.
- Giới hạn: cấu trúc sa nặng, bệnh lý nội khoa kèm (thần kinh, mô liên kết), rào cản tâm lý – xã hội, nguồn lực (thiết bị, thời gian) → cần lộ trình dài hơi, có ngưỡng chuyển tuyến/phối hợp.

5. Mẫu lộ trình 12 tuần (khung tham chiếu)

- Tuần 0 – 2: giáo dục – đo đường cơ sở – hướng dẫn co đúng – nhật ký; chỉnh dịch nhập/caffeine/táo bón; PFMT cơ bản tư thế giảm tải; The Knack.
- Tuần 3 – 4: tăng nhịp/giữ; thêm co nhanh; tích hợp đứng/bước; bắt đầu bladder training (OAB); liệu pháp tay/biofeedback khi cần.
- Tuần 5 – 8: tăng bền (holds dài hơn), phối hợp hô hấp – core; mô phỏng nhiệm vụ (lift/press/cough); cân nhắc thiết bị (cones/pessary phù hợp).
- Tuần 9 – 12: đặc thù hoạt động (chạy/nhảy/thể thao); kiểm tra lại mục tiêu SMART; lập kế hoạch duy trì, tiêu chí dừng/giảm tần suất hẹn.
- Mốc tái lượng giá: tuần 4, 8, 12 với PROMs + đánh giá chức năng.

6. "Hộp công cụ" tóm lược để mang về phòng khám

- Mẫu nhật ký bàng quang/ruột + bảng giáo dục dịch nhập.
- Phiếu hướng dẫn The Knack và vệ sinh tiểu tiện.
- Bài tập PFMT theo 4 trụ (sức mạnh – sức bền – nhanh – phối hợp) kèm tiến triển tư thế.
- Checklist cờ đỏ & tiêu chí chuyển tuyến.
- Phác đồ rút gọn theo hội chứng (SUI/UUI – OAB/POP nhẹ/CPP/FC/nam CPPS).

- Bộ PROMs khuyến nghị và lịch tái lượng giá.

7. Liên ngành – đường dẫn chăm sóc

- "Tam giác" Sản – Tiết niệu – Tiêu hóa phối hợp với Phục hồi chức năng/Đau mạn – Tâm lý – Dinh dưỡng.
- Xác lập tiêu chí chuyển tuyến rõ ràng (ví dụ thất bại sau 12 – 16 tuần bảo tồn chuẩn hóa; cờ đỏ; POP tiến triển; đau không đáp ứng).
- Dòng chảy dữ liệu: ghi nhận chuẩn hóa, phản hồi kết quả cho bác sĩ giới thiệu, kế hoạch duy trì sau can thiệp.

8. Chiến lược duy trì & phòng tái phát

- Duy trì PFMT "liều bảo trì" (ví dụ 3 – 4 lần/tuần), lồng vào thói quen sống, ôn The Knack ở các "điểm áp lực".
- Tiếp tục vệ sinh bàng quang/ruột; duy trì xơ – nước; xử trí sớm đợt ho kéo dài/táo bón.
- Booster/tái huấn luyện theo mốc (3 – 6 – 12 tháng) hoặc khi thay đổi hoạt động (mang thai – hậu sản – tăng khối lượng tập).
- Tự theo dõi bằng PROMs ngắn + mục tiêu hành vi tối thiểu (ví dụ giữ khoảng cách tiểu mục tiêu, số buổi PFMT/tuần).

9. Ý nghĩa của Phần III đối với người bệnh và hệ thống

- Trao quyền (empowerment): bệnh nhân nắm cơ chế, kỹ năng, và thước đo tiến bộ.
- Tối ưu nguồn lực: can thiệp bảo tồn chuẩn hóa giảm gánh nặng phẫu thuật/thuốc, tăng hiệu quả kinh tế – sức khỏe.
- Tính bền vững: nhấn vào duy trì, phòng tái phát, và chất lượng sống dài hạn.

PHẦN IV BỐI CẢNH ĐẶC THÙ & ĐẠO ĐỨC – SPECIAL CONTEXTS & ETHICS

Phần IV trình bày các khía cạnh đặc thù trong chăm sóc sức khỏe vùng chậu và những vấn đề đạo đức, văn hóa trong thực hành. Phần này bao gồm 3 chương chính: Chương 14 tập trung vào cách xây dựng đường dẫn chăm sóc liên ngành và theo dõi kết quả điều trị; Chương 15 thảo luận về các nhóm bệnh nhân đặc thù với nhu cầu riêng biệt; và Chương 16 đề cập đến các nguyên tắc đạo đức, nhạy cảm văn hóa và giao tiếp trong chăm sóc vùng chậu. Các nội dung này giúp người đọc hiểu cách tiếp cận toàn diện, cá thể hóa trong điều trị, đồng thời tuân thủ các chuẩn mực đạo đức và pháp lý nhằm đảm bảo an toàn và tôn trọng người bệnh.

Chương 14. Đường dẫn chăm sóc liên ngành & theo dõi – Care pathways & outcomes

Chương 14 nhấn mạnh tầm quan trọng của việc phối hợp đa chuyên khoa trong đường dẫn chăm sóc và việc theo dõi kết quả điều trị thông qua các công cụ khách quan. Một hệ thống chăm sóc tiêu chuẩn hóa, có sự tham gia của nhiều chuyên khoa, sẽ giúp tối ưu hóa hiệu quả điều trị và trải nghiệm của bệnh nhân. Bên cạnh đó, chương này đề cập đến việc xác định thời điểm ngừng liệu pháp hoặc chuyển sang giai đoạn duy trì, cũng như khai thác chăm sóc từ xa (telehealth) trong quản lý người bệnh. Các tiểu mục chính gồm:

Phối hợp chuyển tuyến & hợp tác đa chuyên khoa: Xây dựng sơ đồ chuyển tuyến rõ ràng và hình thành nhóm đa chuyên ngành (MDT) giúp bệnh nhân được tiếp cận đúng chuyên gia vào thời điểm thích hợp. Trong lĩnh vực rối loạn sàn chậu, cách tiếp cận đa chuyên khoa đã trở thành nền tảng, giúp tập hợp các chuyên gia (niệu học, phụ khoa, tiêu hóa, vật lý trị liệu...) để thảo luận và đưa ra kế hoạch điều trị toàn diện. Chẳng hạn, Viện NICE khuyến nghị quản lý bệnh nhân bởi nhóm MDT nhằm cải thiện kết cục điều trị và thống nhất quy trình chăm sóc. Các phòng khám chuyên sâu về sàn chậu thường tổ chức hội chẩn đa chuyên khoa định kỳ, qua đó từng trường hợp phức tạp (như sa tạng chậu nhiều ngăn) được thảo luận để đưa ra giải pháp tối ưu. Sự phối hợp này giúp bệnh nhân đi theo một lộ trình chăm sóc liên tục, giảm trùng lặp xét nghiệm và can thiệp không cần thiết, đồng thời nâng cao sự hài lòng của

người bệnh. Nghiên cứu cho thấy các phòng khám phối hợp niệu phụ khoa và đại trực tràng đạt mức hài lòng 73% "tốt hoặc xuất sắc" từ bệnh nhân, cao hơn so với tiếp cận riêng lẻ. Tóm lại, liên kết liên chuyên khoa không chỉ đảm bảo bệnh nhân được điều trị đúng chuyên môn mà còn tạo điều kiện ra quyết định chung giữa các bác sĩ và bệnh nhân, đặc biệt trong các lựa chọn phẫu thuật hay bảo tồn.

Theo dõi kết quả bằng PROMs (ICIQ, PFDI): Để đánh giá hiệu quả điều trị một cách khách quan và lấy người bệnh làm trung tâm, chương này đề cập việc sử dụng các thang điểm do bệnh nhân tự báo cáo – gọi tắt là PROMs. Các PROMs chuyên biệt cho rối loạn sàn chậu gồm ICIQ – UI Short Form (International Consultation on Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence) và PFDI – 20 (Pelvic Floor Distress Inventory). Những bảng hỏi ngắn gọn này cho phép định lượng mức độ triệu chứng và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân trước và sau điều trị. Ví dụ, ICIQ – UI là bảng hỏi 6 câu giúp sàng lọc nhanh tình trạng tiểu không kiểm soát, mức độ thường xuyên, lượng rò rỉ, tác động tới sinh hoạt và cả yếu tố mà bệnh nhân tự cho là nguyên nhân. Điểm số ICIQ – UI dao động từ 0 – 21, điểm cao nghĩa là triệu chứng nặng hơn. Công cụ này mất chỉ vài phút để hoàn thành và hỗ trợ mở ra thảo luận giữa bệnh nhân và bác sĩ về vấn đề tiểu tiện. Tương tự, PFDI – 20 là phiên bản rút gọn gồm 20 câu hỏi, chia thành 3 thang nhỏ đánh giá riêng triệu chứng tiết niệu, sa tạng chậu, và đại tiện. Mục đích của PFDI – 20 là đo lường mức độ khó chịu do các triệu chứng sàn chậu gây ra, qua đó đánh giá ảnh hưởng tới chất lượng sống của phụ nữ mắc các rối loạn này. Việc cho bệnh nhân tự điền các bảng hỏi trước, trong và sau quá trình điều trị sẽ giúp khách quan hóa tiến bộ đạt được (ví dụ: cải thiện điểm PFDI – 20 sau 3 tháng tập luyện sàn chậu). Các tổ chức chuyên môn quốc tế đã nhóm họp để thống nhất bộ công cụ PROMs chuẩn trong lĩnh vực này, nhằm tạo sự đồng bộ trong nghiên cứu và lâm sàng. Tóm lại, theo dõi bằng PROMs giúp nhà lâm sàng định lượng hiệu quả điều trị, điều chỉnh kế hoạch cho phù hợp và cũng giúp bệnh nhân thấy rõ sự cải thiện, tăng động lực tuân thủ điều trị.

Tiêu chí ngừng trị liệu & duy trì: Một câu hỏi thực hành quan trọng là *khi nào nên kết thúc liệu trình tích cực* và chuyển sang giai đoạn tự quản lý hoặc xem xét can thiệp khác. Chương 14 bàn luận các tiêu chí dừng trị liệu dựa trên kết quả đạt được và mục tiêu ban đầu. Ví dụ, hướng dẫn thường khuyến cáo nên thực hiện tối thiểu 3 tháng tập luyện cơ sàn chậu có hướng dẫn đối với tiểu không kiểm soát trước khi đánh giá lại. Sau khoảng thời gian này, nếu bệnh nhân cải thiện đáng kể (ví dụ giảm số lần rò tiểu, điểm ICIQ giảm) và đạt mục tiêu đề ra, thì có thể ngừng trị liệu chủ động. Tuy nhiên, ngừng ở đây không có nghĩa là chấm dứt hoàn toàn, mà chuyển sang giai đoạn duy trì: bệnh nhân tiếp tục tự tập các bài đã học đều đặn tại nhà để giữ vững kết quả. Nghiên cứu dài hạn cho thấy nếu ngừng hẳn luyện tập, hiệu quả có thể giảm sút theo thời gian – sau 5 năm ngừng chương trình tập cơ sàn chậu, tỷ lệ tiểu không kiểm soát tăng trở lại dù 70% phụ nữ vẫn cố gắng tập mỗi tuần một lần. Do đó, bệnh nhân thường được hướng dẫn duy trì một mức độ tập luyện tối thiểu (ví dụ: siết cơ sàn chậu vài lần mỗi tuần) như một phần của lối sống. Ngược lại, nếu sau 3 – 6 tháng mà triệu chứng không cải thiện hoặc tệ hơn, cần xem xét tiêu chí chuyển tuyến: ví dụ chuyển bệnh nhân đến bác sĩ chuyên khoa niệu phụ khoa để cân nhắc can thiệp khác (dùng thuốc, phẫu thuật đặt sling, vòng nâng pessary, v.v.). Chương này cũng gợi ý các dấu hiệu dừng hoặc tạm ngưng điều trị vật lý trị liệu vùng chậu, chẳng hạn khi bệnh nhân đau tăng hoặc không hợp tác, và thay vào đó tìm phương án khác an toàn, hiệu quả hơn cho người bệnh. Mục tiêu cuối cùng là đảm bảo mỗi bệnh nhân nhận được can thiệp phù hợp nhất cho tình trạng của họ, tránh kéo dài trị liệu bảo tồn nếu không hiệu quả, nhưng cũng tránh kết thúc quá sớm khi lợi ích chưa được tối ưu.

Chăm sóc từ xa (Telehealth) trong quản lý sàn chậu: Xu hướng ứng dụng telehealth trong vật lý trị liệu sàn chậu đang dần phổ biến, đặc biệt sau thời kỳ đại dịch. Chương 14 đề cập các lợi ích và thách thức của hình thức chăm sóc này. Về lợi ích, telehealth giúp mở rộng tiếp cận dịch vụ cho những bệnh nhân ở xa trung tâm hoặc bận rộn không thể đến tập trực tiếp. Đối với các bà mẹ sau sinh, tư vấn và hướng dẫn tập luyện qua video call có thể giúp họ tranh thủ

tập tại nhà mà không cần lo tìm người trông con hay nghỉ làm. Nghiên cứu tại UCSF (2025) so sánh điều trị tiểu không tự chủ sau sinh qua telehealth với gặp trực tiếp cho thấy kết quả cải thiện tương đương nhau ở cả hai nhóm, duy trì hiệu quả đến 1 năm sau. Cụ thể, tất cả phụ nữ tham gia (trung bình 1,5 năm sau sinh) đều giảm rõ rệt triệu chứng tiểu không kiểm soát, và mức độ cải thiện không khác biệt giữa nhóm tập luyện từ xa và nhóm trị liệu trực tiếp. Điều này mở ra hướng mới để điều trị cho những người không có điều kiện gặp trực tiếp chuyên viên vật lý trị liệu, đồng thời giảm chi phí và thời gian đi lại. Tuy nhiên, chương này cũng thảo luận các hạn chế: không phải thủ thuật nào cũng thực hiện được qua telehealth (ví dụ: kỹ thuật khám và trị liệu nội bộ âm đạo trực tiếp khó có thể hướng dẫn từ xa). Bên cạnh đó, cần đảm bảo bảo mật thông tin khi thực hiện tư vấn qua các nền tảng trực tuyến và có phương án xử trí khi gặp tình huống khẩn cấp. Dù vậy, sự phát triển của các chương trình "sức khỏe số" cho phụ nữ (digital pelvic health) đang chứng minh telehealth là một công cụ bổ trợ đắc lực, giúp cá nhân hóa chăm sóc (vì bệnh nhân có thể liên hệ thường xuyên hơn) và duy trì động lực tập luyện tại nhà. Ví dụ, một số ứng dụng di động cung cấp hướng dẫn bài tập Kegel và theo dõi tiến bộ hàng ngày, kết nối bệnh nhân với chuyên viên từ xa. Tương lai, telehealth được kỳ vọng sẽ tích hợp nhuần nhuyễn với mô hình chăm sóc truyền thống, tạo thành một "đường dẫn chăm sóc lai" (hybrid pathway) linh hoạt, thuận tiện mà vẫn hiệu quả cho bệnh nhân.

Chương 15. Bối cảnh đặc thù – Special populations

Mỗi nhóm bệnh nhân đặc thù có những đặc điểm sinh lý và nhu cầu riêng, đòi hỏi cách tiếp cận điều trị và bài tập được điều chỉnh phù hợp. Chương 15 xem xét các quần thể đặc biệt thường gặp trong thực hành sàn chậu, bao gồm phụ nữ mang thai và sau sinh, vận động viên thể thao có tác động mạnh, người cao tuổi có tình trạng dễ tổn thương, bệnh nhân có bệnh nền (như COPD, béo phì, rối loạn mô liên kết), và những người trong giai đoạn tiền/phẫu thuật vùng chậu. Việc hiểu rõ bối cảnh riêng của từng nhóm giúp nhà lâm sàng cá thể hóa kế hoạch điều trị, tối ưu an toàn và hiệu quả. Những điểm chính được trình bày:

Một bà mẹ sau sinh thực hiện bài tập phục hồi sàn chậu tại nhà cùng con nhỏ, minh họa việc tập luyện thời kỳ hậu sản có thể kết hợp với chăm sóc từ xa. Thai kỳ & hậu sản (Pregnancy & postpartum): Giai đoạn mang thai và sau sinh tạo ra những thay đổi lớn đối với hệ cơ và mô liên kết vùng sàn chậu. Trong thai kỳ, tử cung lớn dần gây áp lực lên sàn chậu, cùng với ảnh hưởng của hormone (như relaxin) làm dây chằng và cơ trở nên mềm và giãn hơn. Điều này có thể dẫn đến tiểu không kiểm soát khi gắng sức ở các tháng cuối thai kỳ và sau sinh. Thống kê cho thấy khoảng 30% phụ nữ bị tiểu không tự chủ sau lần sinh thường đầu tiên, và nếu không can thiệp kịp thời có thể tiến triển thành mãn tính. Ngoài ra, chuyển dạ và sinh thường có thể gây chấn thương sàn chậu – ví dụ rạch tầng sinh môn hoặc rách cơ, thương tổn thần kinh – dẫn đến sa tạng chậu hoặc giảm khả năng co của cơ nâng hậu môn. Chương này nhấn mạnh sự cần thiết của can thiệp sớm sau sinh: tập các bài Kegel phục hồi sớm (khoảng 6 tuần hậu sản, sau khi đã được bác sĩ kiểm tra) giúp cải thiện trương lực cơ sàn chậu và phòng ngừa lâu dài các rối loạn như sa tử cung, són tiểu. Bên cạnh đó, vật lý trị liệu sau sinh còn hướng dẫn các bà mẹ về kỹ thuật vận động an toàn (như cách bế con, cho con bú đúng tư thế để tránh đau lưng và giảm áp lực ổ bụng). Một số phụ nữ sau sinh cũng có vấn đề tách cơ bụng (diastasis recti), tỷ lệ tới ~60% sau 6 tuần sinh và hơn 30% vẫn tồn tại sau 1 năm. Việc đánh giá và tập luyện phục hồi cơ bụng ngang và cơ sàn chậu đồng thời sẽ giúp cải thiện cả thẩm mỹ lẫn chức năng (vì tách cơ bụng liên quan đến nguy cơ yếu sàn chậu sau mãn kinh). Chương này cũng đề cập nhu cầu tâm lý ở phụ nữ hậu sản: họ có thể e ngại hoặc xấu hổ về các triệu chứng như són tiểu, đau khi quan hệ; do đó cần hỗ trợ tinh thần, giáo dục rằng các vấn đề này phổ biến và có thể điều trị được. Tóm lại, đối với phụ nữ mang thai và sau sinh, cách tiếp cận trị liệu phải toàn diện, kết hợp giữa tập luyện, giáo dục, và hỗ trợ tinh thần, giúp họ phục hồi tự tin và trở lại các hoạt động thường ngày (kể cả sinh hoạt vợ chồng và thể dục) một cách an toàn.

Các môn thể thao có tác động mạnh (chạy bộ, nhảy, cử tạ) tạo áp lực lớn lên sàn chậu. Hình ảnh một nữ vận động viên chạy bộ nhấn mạnh tầm quan trọng của việc chú ý đến sức khỏe sàn chậu cho người chơi thể thao. Vận

động viên & thể thao tác động mạnh (Athletes & impact sports): Mặc dù thường được coi là nhóm có sức khỏe thể chất tốt, nữ vận động viên trẻ lại đáng ngạc nhiên có tỷ lệ rối loạn sàn chậu cao hơn so với người ít vận động. Nghiên cứu cho thấy phụ nữ chơi thể thao có nguy cơ bị tiểu không kiểm soát gắng sức (SUI) cao gấp khoảng 3 lần so với người không tập luyện nhiều. Nguyên nhân chủ yếu do các hoạt động nhảy, chạy, nâng tạ lặp đi lặp lại gây tăng áp lực ổ bụng đột ngột, tạo sức nén lên sàn chậu. Các môn như thể dục dụng cụ, nhảy xa, chạy nước rút – nơi vận động viên liên tục tiếp đất với lực mạnh – đặc biệt gây "mệt mỏi" cho hệ thống nâng đỡ sàn chậu. Thống kê cụ thể: trong một nghiên cứu, có tới 32% các nữ vận động viên thể dục nhịp điệu 14 – 15 tuổi bị rò rỉ nước tiểu khi tập luyện. Một nghiên cứu khác ở nhóm vận động viên thể dục dụng cụ và cổ vũ 16 – 17 tuổi thậm chí ghi nhận 67% báo cáo có triệu chứng són tiểu. Đáng chú ý, 41% số này chưa từng nghe nói về cơ sàn chậu trước đó, dù 22% đã phải tránh một số bài tập vì sợ bị són. Điều này cho thấy khoảng trống về nhận thức: nhiều nữ trẻ khỏe không nghĩ mình có thể gặp vấn đề "dành cho phụ nữ sinh nở", và do đó không chú trọng tập cơ sàn chậu. Chương 15 nhấn mạnh rằng việc giáo dục và phòng ngừa cho nhóm này là rất quan trọng. Các nhà vật lý trị liệu có thể phối hợp với huấn luyện viên để lồng ghép bài tập tăng cường sàn chậu vào chương trình tập của vận động viên nữ, tương tự như tập core hoặc tập sức mạnh khác. Đồng thời, hướng dẫn họ kỹ thuật thở đúng (tránh nín thở Valsalva khi nâng tạ hoặc động tác nặng) nhằm giảm áp lực lên sàn chậu. Đối với các vận động viên sau sinh muốn quay lại tập luyện, chương này khuyến cáo cần có lộ trình trở lại thể thao phù hợp: thường chờ 6 – 8 tuần sau sinh mới bắt đầu tập nhẹ, và tăng dần cường độ trong vài tháng, thay vì vội vã trở lại cường độ cao ngay. Đánh giá của chuyên viên sàn chậu có thể giúp phát hiện sớm vấn đề (như sa tạng chậu kín đáo, hay co thắt cơ quá mức do tập quá độ) để điều chỉnh kế hoạch tập luyện. Nhìn chung, thông điệp là sức khỏe sàn chậu cần được coi như một phần của sức khỏe thể thao. Một vận động viên thành công không chỉ cần cơ bắp cuồn cuộn, mà còn cần một "trung tâm lực" – gồm cơ core và sàn chậu – hoạt động tốt. Điều này giúp họ phòng tránh chấn thương, thi đấu ổn định và duy trì chất lượng cuộc sống lâu dài.

Người cao tuổi & tình trạng dễ tổn thương (Older adults & frailty): Ở người lớn tuổi, các rối loạn sàn chậu như tiểu không kiểm soát, sa cơ quan vùng chậu, táo bón, đau vùng chậu mạn tính thường phổ biến hơn do quá trình lão hóa và bệnh lý kèm theo. Tuổi cao dẫn đến mãn kinh ở phụ nữ, gây giảm estrogen làm niêm mạc âm đạo và niệu đạo mỏng yếu, cơ sàn chậu cũng teo nhược dần. Kết hợp với nhiều năm chịu áp lực trọng lực, sinh đẻ trước đó, nguy cơ sa tạng chậu và tiểu không kiểm soát tăng lên. Thống kê cho thấy tiểu không tự chủ ảnh hưởng đến hơn 50% phụ nữ trên 65 tuổi, và đáng lưu ý là nó làm tăng gấp đôi nguy cơ té ngã ở nhóm này. Lý do là người già hay phải vội vàng đi vệ sinh (do tiểu gấp), dễ trượt ngã, cộng thêm sàn nhà toilet trơn. Do đó, việc điều trị són tiểu ở người già không chỉ cải thiện vệ sinh và tự trọng, mà còn gián tiếp giảm nguy cơ chấn thương do té ngã. Chương này nhấn mạnh cách tiếp cận toàn diện cho người cao tuổi dễ tổn thương (frail): cần nhìn xa hơn vấn đề sàn chậu đơn thuần, vì ở họ các triệu chứng thường đa yếu tố. Ví dụ, một cụ bà bị tiểu không kiểm soát có thể do kết hợp: bàng quang tăng hoạt (thần kinh thoái hóa), yếu cơ sàn chậu (lão hóa), viêm đường tiểu tái diễn, suy giảm nhận thức (quên đi vệ sinh) và hạn chế vận động (đi lại chậm không kịp vào toilet). Do đó, chỉ tập Kegel không thể giải quyết hết – cần kết hợp quản lý bệnh lý nền (điều trị Parkinson, kiểm soát tiểu đường giảm polyuria vào đêm), điều chỉnh môi trường (lắp tay vịn trong toilet, đèn ngủ), hướng dẫn người chăm sóc tạo thói quen nhắc nhở đi vệ sinh đúng giờ (timed voiding). Khái niệm "độc lập với trợ giúp" được đề cập: nhiều người già chỉ kiểm soát được tiểu tiện khi có sự trợ giúp (như nhắc giờ, đưa đi vệ sinh) – gọi là *continence – dependent*, tương tự như bệnh mạn tính cần kiểm soát liên tục. Mục tiêu chăm sóc là đạt được mức độ độc lập cao nhất có thể nhưng thực tế, ở người quá frail, có khi chỉ cần quản lý tốt vấn đề (dùng bỉm phù hợp, thông tiểu sạch sẽ) để duy trì phẩm giá và sự thoải mái cho họ. Chương này cũng lưu ý rằng nghiên cứu chất lượng cao về nhóm bệnh nhân frail còn thiếu, do nhiều khó khăn (họ dễ rơi rụng khỏi nghiên cứu vì bệnh tật, tử vong). Tuy vậy, nguyên tắc là không được vì họ già yếu mà bỏ qua điều trị: vẫn có các biện pháp đơn giản giúp cải thiện đáng kể cuộc sống. Ví dụ, tập bài tập đa thành phần (vừa luyện cơ sàn chậu, vừa luyện thăng bằng chân tay) có thể đồng thời

giảm són tiểu và giảm nguy cơ té ngã. Với người sa tử cung nặng nhưng không đủ sức khỏe mổ, có thể dùng vòng pessary kết hợp tập nhẹ để giảm triệu chứng. Cuối cùng, nhóm tác giả nhấn mạnh tinh thần "thực tế nhưng không bi quan": chấp nhận rằng ở người rất già, mục tiêu có thể không phải là chữa khỏi hoàn toàn, mà là kiểm soát tốt tình trạng (quản lý triệu chứng, phòng biến chứng loét da, nhiễm trùng tiểu) và duy trì nhân phẩm cho bệnh nhân.

Bệnh nền: COPD, béo phì, rối loạn mô liên kết (Comorbidities: COPD, obesity, CTDs): Các bệnh lý nền toàn thân có thể ảnh hưởng đáng kể đến chức năng sàn chậu, và Chương 15 xem xét một vài tình huống thường gặp. COPD (bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính) và các tình trạng gây ho mạn (hen suyễn, viêm phế quản, thậm chí ho do hút thuốc) là yếu tố nguy cơ của sa tạng chậu và són tiểu. Ho mãn tính tạo những đợt tăng áp lực đột ngột lặp đi lặp lại lên thành bụng và sàn chậu, giống như "vi chấn thương" lâu ngày làm yếu hệ thống nâng đỡ. Do vậy, phụ nữ COPD lâu năm thường bị sa bàng quang hoặc tử cung sớm hơn độ tuổi bình thường. Nguyên tắc xử trí là phải điều trị nguyên nhân gốc: kiểm soát ho (dùng thuốc, tập thở, bỏ thuốc lá) để giảm tác động xấu lên sàn chậu. Tiếp đó mới tập phục hồi cơ. Béo phì cũng là một yếu tố ảnh hưởng mạnh – những người BMI cao gây tăng áp lực ổ bụng mãn tính, luôn có sức nặng đè lên cơ sàn chậu và tầng sinh môn. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh mối liên hệ giữa béo phì với tiểu không kiểm soát và bàng quang tăng hoạt. Giảm cân, do đó, được khuyến cáo như một phương pháp điều trị hỗ trợ quan trọng. Hướng dẫn NICE 2021 khuyên rằng phụ nữ BMI > 30 nên được tư vấn giảm cân, vì giảm cân giúp cải thiện rõ rệt các triệu chứng tiểu không kiểm soát và hội chứng bàng quang tăng hoạt. Dù bằng chứng về cải thiện sa tạng chậu chưa rõ (giảm cân không làm triệt tiêu sa đã hình thành), nhưng logic cho thấy giảm trọng lượng sẽ giảm tải trọng lên sàn chậu, có lợi về lâu dài. Bên cạnh đó, ở bệnh nhân béo phì, khi tập luyện cần chú ý điều chỉnh bài tập (tránh động tác tăng áp lực mạnh) và có thể kết hợp vật lý trị liệu hô hấp vì kiểu thở sai (thở ngực nông) cũng ảnh hưởng xấu đến cơ hoành và sàn chậu. Nhóm bệnh lý rối loạn mô liên kết (CTDs) như hội chứng Ehlers – Danlos, hội chứng Marfan hay đơn giản là thể tạng tăng di động khớp bẩm sinh ở phụ nữ

trẻ cũng được đề cập. Những người này có độ đàn hồi dây chằng quá mức và mô liên kết yếu, do đột biến collagen. Hệ quả là họ dễ bị sa tạng chậu hoặc tiểu không kiểm soát hơn dù chưa mang thai hoặc chỉ mới 1 con. Thậm chí một số trường hợp sa cơ quan xảy ra ở tuổi rất trẻ. Tuy nhiên, bằng chứng nghiên cứu về mối liên quan này còn chưa thống nhất: một báo cáo cho thấy chưa có khác biệt rõ rệt về tỷ lệ sa và tiểu không kiểm soát ở nhóm phụ nữ có tăng động khớp so với nhóm không có. Dù vậy, về kinh nghiệm lâm sàng, các bác sĩ ghi nhận yếu tố di truyền và tính chất mô liên kết ảnh hưởng không nhỏ. Những người mắc hội chứng Ehlers – Danlos, chẳng hạn, nên được tư vấn theo dõi sớm với chuyên khoa sàn chậu, đặc biệt khi mang thai, để có biện pháp dự phòng (như đeo đai nâng đỡ, tập nhẹ nhàng tránh quá sức làm tổn thương mô). Chương này khuyến cáo tiếp cận nhóm có bệnh mô liên kết theo hướng phòng ngừa chủ động: tập trung tăng cường sức mạnh cơ (bù cho dây chằng yếu), tránh phẫu thuật xâm lấn trừ khi thật cần (vì mô yếu có thể khó lành, dễ tái phát sa). Ngoài ra, chương 15 cũng xét đến bệnh tiểu đường và hội chứng chuyển hóa – các nghiên cứu chỉ ra đái tháo đường làm tăng nguy cơ bàng quang tăng hoạt và tiểu không kiểm soát do thần kinh bàng quang bị ảnh hưởng. Việc kiểm soát đường huyết tốt có thể giúp giảm phần nào triệu chứng (ví dụ: giảm đa niệu về đêm). Hội chứng đau cơ xơ hóa (Fibromyalgia) cũng liên quan đến điểm số rối loạn sàn chậu cao hơn, có thể do ngưỡng đau của những bệnh nhân này thấp và họ thường kèm co thắt cơ sàn chậu. Tóm lại, khi điều trị rối loạn sàn chậu ở người có bệnh nền, cần phối hợp liên chuyên khoa: vừa giải quyết triệu chứng sàn chậu, vừa kiểm soát tốt bệnh lý toàn thân, mới đạt hiệu quả cao và bền vững.

Lưu ý trước/sau phẫu thuật (Peri – operative pathways): Chương cuối của phần đặc thù nói về lộ trình chăm sóc quanh thời điểm phẫu thuật cho các bệnh nhân phải can thiệp ngoại khoa về sàn chậu. Phẫu thuật ở đây có thể là sửa sa tạng chậu (khâu treo bàng quang, cố định tử cung), phẫu thuật điều trị tiểu không kiểm soát (như đặt TVT), hoặc các phẫu thuật phụ khoa có ảnh hưởng đến sàn chậu (cắt tử cung, cắt tầng sinh môn). Nghiên cứu cho thấy việc kết hợp vật lý trị liệu ở giai đoạn trước và sau mổ có thể cải thiện kết quả

và rút ngắn thời gian phục hồi. Ví dụ, tập co thắt cơ sàn chậu trước mổ giúp bệnh nhân nhận biết và kích hoạt cơ tốt hơn sau khi mổ. Một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên báo cáo rằng những người tập bài tập sàn chậu trước khi mổ tuyến tiền liệt có tỷ lệ hết tiểu són sau mổ 3 tháng cao hơn hẳn nhóm không tập. Tương tự, ở phụ nữ chuẩn bị mổ sa sinh dục, nếu được hướng dẫn trước về các bài tập và chăm sóc hậu phẫu (như cách ho, cách vận động an toàn), họ sẽ chủ động hơn trong quá trình hồi phục. Chương này đề cập khái niệm "tiền phục hồi chức năng" (pre – hab): tức là chuẩn bị về thể chất (tăng sức mạnh cơ sàn chậu, tăng độ linh hoạt) và tinh thần cho bệnh nhân trước mổ. Giai đoạn sau phẫu thuật, vai trò của vật lý trị liệu càng quan trọng: hỗ trợ giảm đau, chống dính sẹo, hướng dẫn bệnh nhân bài tập nhẹ để tăng tuần hoàn (trong khi vẫn tránh gây căng chỗ mổ). Khi vết mổ ổn, chuyên viên sẽ giúp bệnh nhân phục hồi chức năng: tập co giãn sàn chậu dần dần, tránh tình trạng sàn chậu quá yếu hoặc quá co cứng sau mổ. Ví dụ, sau phẫu thuật sửa sa, nhiều bác sĩ khuyên bệnh nhân chờ khoảng 6 tuần rồi bắt đầu tập sàn chậu nhẹ, tăng dần mức trong 3 tháng. Điều này có thể giúp giảm nguy cơ sa tái phát. Hơn nữa, không ít phụ nữ sau mổ gặp vấn đề đau khi giao hợp do sẹo xơ cứng – vật lý trị liệu có thể xoa bóp mô sẹo, tập kéo giãn giúp cải thiện tình trạng này. Sự phối hợp nhịp nhàng giữa phẫu thuật viên và chuyên viên vật lý trị liệu trong đường dẫn chăm sóc ngoại khoa sẽ đảm bảo bệnh nhân được theo dõi sát: ví dụ 2 tuần sau mổ tái khám bác sĩ, 4 tuần sau mổ bắt đầu chương trình tập phục hồi. Nếu có dấu hiệu bất thường (nhiễm trùng, rách vết khâu) thì chuyên viên sẽ báo bác sĩ xử lý kịp thời. Chương này cũng lưu ý các hạn chế vận động sau mổ mà bệnh nhân cần tuân thủ: không nâng vật nặng >5kg trong 3 tháng, tránh táo bón (để không rặn mạnh), kiêng quan hệ ít nhất 6 tuần... Việc giáo dục bệnh nhân về những điều này là một phần nhiệm vụ của nhóm chăm sóc. Tóm lại, một phác đồ quanh phẫu thuật chuẩn hóa với sự tham gia của vật lý trị liệu sẽ giúp tăng tỷ lệ thành công của ca mổ, đẩy nhanh phục hồi và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh về lâu dài.

Chương 16. Đạo đức, văn hóa & giao tiếp nhạy cảm – Ethics, culture & sensitive communication

Chương 16 bàn về các nguyên tắc đạo đức và kỹ năng giao tiếp đặc thù khi làm việc trong lĩnh vực sức khỏe nhạy cảm như sàn chậu. Bệnh nhân thường phải chia sẻ những vấn đề riêng tư (tiểu tiện, tình dục, sinh sản) và có thể trải qua tâm lý xấu hổ, tự ti hoặc tổn thương. Do đó, nhà lâm sàng cần có thái độ tôn trọng, đồng cảm, tuân thủ nghiêm ngặt quy định đạo đức và pháp lý để tạo môi trường an toàn cho người bệnh. Các nội dung chính gồm: sự đồng thuận và hiện diện của người hỗ trợ khi thăm khám, thực hành chăm sóc dựa trên sang chấn tâm lý, bảo mật thông tin cá nhân, và giới hạn hành nghề hợp pháp.

Đồng thuận khám nội & người hỗ trợ (Informed consent & chaperone): Do đặc thù can thiệp vùng kín, việc xin ý kiến chấp thuận (consent) đầy đủ từ bệnh nhân là tuyệt đối quan trọng. Trước mỗi lần khám đánh giá hoặc điều trị nội bộ (thăm khám âm đạo, trực tràng, kỹ thuật đặt tay trong), chuyên viên phải giải thích rõ ràng mục đích, quy trình, cảm giác có thể xảy ra và được bệnh nhân đồng ý thì mới tiến hành. Sự đồng ý này nên được ghi lại trong hồ sơ mỗi lần. Đa số bệnh nhân sẽ hợp tác tốt nếu họ hiểu tại sao cần khám trong (ví dụ: để kiểm tra sức cơ sàn chậu hoặc xem có điểm đau nào không). Đồng thời, quyền từ chối của bệnh nhân luôn được tôn trọng – họ có thể dừng bất kỳ lúc nào nếu không thoải mái. Bên cạnh consent, người hỗ trợ (chaperone) cũng là một yếu tố quan trọng của khám vùng kín. Nhiều hướng dẫn khuyến cáo luôn đề nghị có chaperone hiện diện khi khám bộ phận sinh dục, hậu môn hoặc ngực cho bệnh nhân, bất kể giới tính. Chaperone có thể là một nhân viên y tế (y tá, trợ lý) cùng giới với bệnh nhân, hoặc người thân nếu bệnh nhân muốn. Vai trò của họ là chứng kiến, đảm bảo tính minh bạch và an toàn cho cả bệnh nhân lẫn người khám. Tại Anh, Hội đồng Vật lý trị liệu quy định rõ: *"Phải luôn mời chaperone trước bất kỳ khám nào liên quan đến vùng sàn chậu, bộ phận sinh dục hoặc ngực"*. Tương tự, ACOG (Đại học Sản phụ khoa Hoa Kỳ) cũng khuyến cáo có chaperone trong mọi khám nhạy cảm để bảo vệ bệnh nhân khỏi nguy cơ bị lạm dụng và bảo vệ nhân viên y tế khỏi các cáo buộc hiểu lầm. Khi có chaperone, cần giới thiệu người này và đảm bảo họ được bệnh nhân đồng ý. Nếu bệnh nhân từ chối chaperone (ví dụ họ chỉ muốn riêng tư với bác sĩ), cần ghi nhận điều đó và vẫn hết sức cẩn trọng, tốt nhất

nên có văn bản miễn trừ. Ngoài ra, không khí phòng khám phải riêng tư (che chắn, đóng cửa), giữ phẩm giá cho bệnh nhân (dùng khăn che phù hợp, chỉ để lộ vùng cần khám). Người khám cần chuyên nghiệp, tránh bất kỳ hành vi hoặc lời nói suồng sã nào. Sau khi khám xong phải hỏi thăm cảm giác bệnh nhân, giải thích kết quả và cảm ơn sự hợp tác của họ. Tóm lại, minh bạch và tôn trọng trong quá trình thăm khám giúp xây dựng lòng tin – bệnh nhân cảm thấy an tâm rằng họ đang được chăm sóc trong một môi trường an toàn, đạo đức.

Chăm sóc dựa trên sang chấn (Trauma – informed care): Nhiều bệnh nhân các vấn đề vùng chậu có thể từng trải qua sang chấn tâm lý hoặc thể chất liên quan đến vùng sinh dục – ví dụ: lạm dụng tình dục, hiếp dâm, sang chấn sản khoa, hoặc thậm chí những trải nghiệm y tế đau đớn trong quá khứ. Do đó, khái niệm chăm sóc dựa trên sang chấn đòi hỏi nhân viên y tế phải nhận thức và nhạy cảm với những khả năng này, nhằm tránh kích hoạt lại sang chấn và giúp bệnh nhân cảm thấy được thấu hiểu, kiểm soát. Theo Tổ chức CHCS (Trung tâm Chiến lược Chăm sóc Sức khỏe) và SAMHSA (Cục Lạm dụng Chất và Sức khỏe Tâm thần Hoa Kỳ), chăm sóc dựa trên sang chấn có nghĩa là coi bệnh nhân như một tổng thể cả cuộc đời – hiểu rằng những trải nghiệm quá khứ và hiện tại của họ (bao gồm sang chấn) sẽ ảnh hưởng đến cách họ tiếp nhận chăm sóc y tế. Có 6 nguyên tắc cốt lõi thường được nhắc đến: an toàn, tin cậy minh bạch, hỗ trợ đồng đẳng, hợp tác, trao quyền, và cảm thụ văn hóa. Cụ thể trong thực hành sàn chậu, một số biện pháp thiết thực được khuyến cáo: luôn hỏi xin phép trước khi chạm vào người bệnh hoặc thực hiện bất kỳ kỹ thuật nào; giải thích rõ bạn sẽ làm gì, vì sao, làm ở đâu trên cơ thể họ – ví dụ: “Tôi sẽ đặt một ngón tay vào âm đạo để kiểm tra sức cơ, có thể hơi tức một chút, nếu đau hãy cho tôi biết ngay.”. Trong quá trình điều trị, liên tục kiểm tra trạng thái của bệnh nhân: quan sát nét mặt, hoặc hỏi “Bạn còn ổn không? Có cần nghỉ một chút không?”. Trao quyền quyết định cho bệnh nhân nhiều nhất có thể – chẳng hạn, thống nhất một dấu hiệu (như nói “dừng”) nếu họ muốn dừng lại ngay lập tức. Luôn tin tưởng và lắng nghe cảm nhận của họ, tuyệt đối không trách móc nếu họ không làm được bài tập hoặc phản ứng mạnh (vì có thể đó là do sang chấn trước đây). Môi trường vật lý phòng khám

cũng nên được bố trí để tạo cảm giác an toàn: phòng đủ riêng tư, ánh sáng tốt. Tránh để bệnh nhân cảm thấy mất kiểm soát – ví dụ, khi khám nên để họ nằm ở tư thế thoải mái, có thể mặc váy choàng thay vì cởi hoàn toàn quần áo, và không chắn giữa họ và cửa ra vào (nhiều hướng dẫn gợi ý không nên đứng chặn giữa bệnh nhân và lối ra, để họ không có cảm giác "mắc kẹt"). Về giao tiếp, nhân viên y tế cần tỏ ra đồng cảm, không phán xét: xác nhận rằng cảm xúc của họ là hiểu được ("Tôi hiểu việc này có thể gợi nhớ trải nghiệm không vui trước đây, cảm ơn chị đã cố gắng. Nếu chị cần tạm nghỉ, không sao cả."). Ngoài ra, chú ý đến yếu tố văn hóa, định kiến: chẳng hạn một bệnh nhân có thể thuộc nhóm yếu thế (dân tộc thiểu số, LGBTQ+, người tàn tật) đã từng bị đối xử không công bằng, thì người trị liệu phải càng nhạy bén, tránh mọi lời nói/hành vi kỳ thị và có thể hỏi về cách xưng hô (đại từ nhân xưng, tên gọi ưa thích) của họ. Thực hiện tốt những điều trên sẽ giúp xây dựng niềm tin – bệnh nhân cảm thấy được tôn trọng và an toàn, từ đó hợp tác điều trị hơn, giảm nguy cơ bỏ trị vì hồi tưởng sang chấn. Mục tiêu hướng đến là chuẩn mực hóa chăm sóc dựa trên sang chấn như một tiêu chuẩn bình thường trong lĩnh vực sức khỏe vùng chậu cũng như y tế nói chung.

Quyền riêng tư & bảo mật dữ liệu (Privacy & data protection): Do tính nhạy cảm của thông tin liên quan đến bệnh lý vùng chậu (chẳng hạn tình trạng tiểu tiện, chức năng tình dục, sinh sản), việc bảo mật thông tin cá nhân của bệnh nhân có ý nghĩa đặc biệt quan trọng. Chương 16 nhắc nhở các chuyên viên luôn tuân thủ đạo luật và quy định bảo vệ dữ liệu hiện hành (ví dụ: HIPAA tại Mỹ, GDPR tại châu Âu, hoặc luật An ninh mạng tại Việt Nam) trong mọi khía cạnh hành nghề. Hồ sơ bệnh án cần được lưu trữ an toàn, chỉ những người có liên quan trực tiếp chăm sóc mới được quyền truy cập. Khi thảo luận ca bệnh, phải ẩn danh bệnh nhân trong các tình huống đào tạo hoặc nghiên cứu. Việc sử dụng các ứng dụng công nghệ (như app theo dõi bàng quang, nhật ký tiểu tiện online, tư vấn qua email/video) đòi hỏi đảm bảo nền tảng đó đáp ứng tiêu chuẩn bảo mật y tế, tránh nguy cơ rò rỉ thông tin. Hiện nay, có lo ngại về một số ứng dụng sức khỏe phụ nữ thu thập và chia sẻ dữ liệu mà người dùng không hay biết. Do đó, bác sĩ và bệnh nhân cần cảnh giác

chọn những ứng dụng tin cậy, đọc kỹ điều khoản về dữ liệu. Một khía cạnh khác của quyền riêng tư là sự kín đáo trong giao tiếp: nhân viên không được tùy tiện hỏi những câu riêng tư không cần thiết, và khi hỏi cũng phải tế nhị (ví dụ: hỏi về đời sống tình dục cần khéo léo và đảm bảo bệnh nhân thoải mái trả lời trong môi trường riêng tư). Nếu cần phiên dịch viên, nên chọn người đã được tập huấn về bảo mật. Ngoài ra, quyền riêng tư còn liên quan đến sự riêng tư về thân thể: khi khám chữa, luôn che chắn cơ thể bệnh nhân một cách tối đa, chỉ để lộ vùng cần khám. Không ghi hình, chụp ảnh vùng kín nếu không có sự đồng ý rõ ràng và mục đích chính đáng (và ngay cả khi có ảnh, cũng phải lưu trữ bảo mật như tài liệu y tế). Chương này cũng đề cập việc bảo vệ dữ liệu nghiên cứu: nếu bệnh nhân tham gia nghiên cứu lâm sàng, cần mã hóa thông tin của họ. Tóm lại, tôn trọng quyền riêng tư là nền tảng đạo đức – bệnh nhân sẽ chỉ dám chia sẻ và hợp tác điều trị khi họ biết thông tin của mình được giữ kín và an toàn.

Ranh giới hành nghề & lưu ý pháp lý (Scope of practice & legal notes): Cuối cùng, chương 16 nhấn mạnh người hành nghề phải nhận thức rõ giới hạn chuyên môn của mình và tuân thủ pháp luật hiện hành. Giới hạn hành nghề nghĩa là: chỉ thực hiện những kỹ thuật, dịch vụ mà mình được đào tạo và cấp phép. Trong lĩnh vực sàn chậu, nhiều kỹ thuật chuyên sâu (như khám nội tiết niệu – sản khoa, đặt dụng cụ nội âm đạo, kỹ thuật xâm lấn như dùng máy điện kích thích nội bộ) đòi hỏi người trị liệu phải có chứng chỉ hoặc đào tạo bổ sung. Ví dụ, tại một số quốc gia, vật lý trị liệu nội tiết niệu – phụ khoa là một phạm vi mở rộng, yêu cầu khóa đào tạo đặc biệt và đôi khi phải hành nghề dưới sự giám sát của bác sĩ. Người hành nghề cần nắm vững quy định của địa phương: điều gì được phép, điều gì cấm. Chẳng hạn, có nơi cho phép kỹ thuật viên vật lý trị liệu thực hiện siêu âm qua ngả âm đạo (nếu có chứng chỉ), nhưng nơi khác thì không. Hiểu biết luật pháp cũng giúp bảo vệ chính mình: ví dụ lưu ý rằng bất kỳ hành vi nào vượt quá phạm vi (dù với ý tốt) cũng có thể bị coi là vi phạm. Nếu gặp trường hợp nằm ngoài chuyên môn – thí dụ bệnh nhân có dấu hiệu tổn thương thần kinh nghiêm trọng, hoặc nghi ngờ ung thư phụ khoa – cần chuyển tuyến kịp thời đến bác sĩ chuyên khoa, thay vì cố điều trị. Một điểm quan trọng khác là giữ ranh giới nghề nghiệp trong mối

quan hệ với bệnh nhân. Vì điều trị sàn chậu mang tính riêng tư cao, nhà trị liệu phải tuyệt đối chuyên nghiệp, không vượt quá ranh giới sang quan hệ cá nhân. Các hội đồng trị liệu khắp nơi đều có quy tắc đạo đức nghiêm cấm việc nhân viên y tế có quan hệ tình cảm với bệnh nhân, đặc biệt trong hoàn cảnh trị liệu thân mật như thế này. Thậm chí lời nói đùa hay cử chỉ không phù hợp cũng có thể bị hiểu lầm và dẫn tới hậu quả pháp lý. Chương 16 khuyến cáo luôn duy trì tác phong chuẩn mực: ăn mặc phù hợp, giao tiếp lịch sự, tránh động chạm không cần thiết, và lắng nghe sự phản hồi của bệnh nhân về bất kỳ sự khó chịu nào. Về mặt pháp lý, người hành nghề cần đảm bảo các giấy tờ pháp lý: giấy phép hành nghề còn hiệu lực, chứng chỉ đào tạo chuyên môn cập nhật, mua bảo hiểm trách nhiệm nghề nghiệp (nếu có). Mọi can thiệp cần được ghi chép đầy đủ trong hồ sơ: đã làm gì, thời gian bao lâu, phản ứng bệnh nhân, lời dặn dò… Việc này không chỉ giúp theo dõi tiến triển mà còn là bằng chứng nếu có tranh chấp. Luật pháp cũng khác nhau về nghĩa vụ thông báo: chẳng hạn, nếu phát hiện bệnh nhân có dấu hiệu bị lạm dụng tình dục, ở một số nơi nhân viên y tế bắt buộc phải báo cáo (mandatory reporting). Do đó, người trị liệu cần nắm luật để thực hiện đúng, vừa bảo vệ bệnh nhân, vừa tránh vướng vào rắc rối pháp lý. Cuối cùng, chương này động viên các nhà lâm sàng luôn cập nhật kiến thức về phạm vi thực hành – vì y học tiến bộ nên phạm vi có thể mở rộng theo (ví dụ: trước đây vật lý trị liệu không can thiệp về tình dục, nay đã có liệu pháp về đau khi giao hợp). Tuy nhiên, bất kể mở rộng thế nào, nguyên tắc đạo đức và pháp luật vẫn là kim chỉ nam, đảm bảo chúng ta "trước tiên không gây hại" và mang lại lợi ích tốt nhất cho người bệnh.

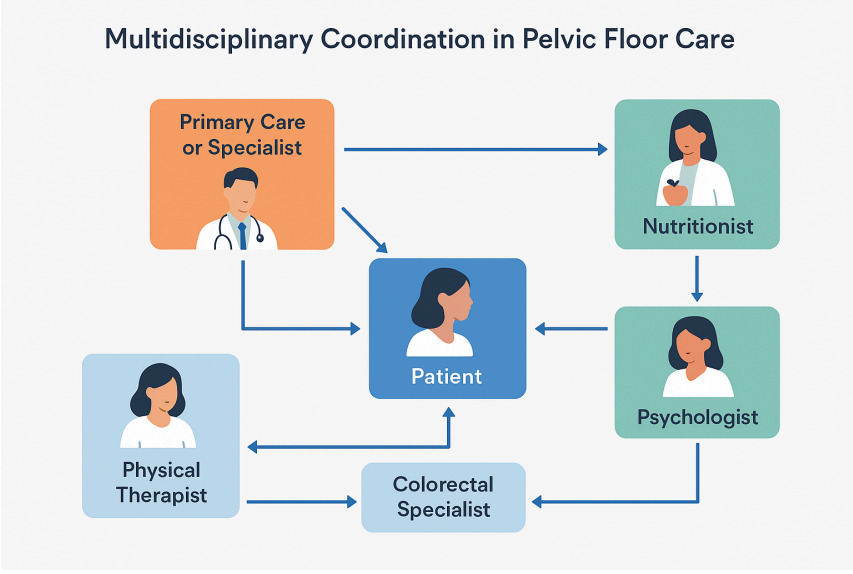
Tóm lại, Phần IV đã phác họa một bức tranh toàn diện về những bối cảnh đặc thù và yêu cầu đạo đức trong chăm sóc sức khỏe vùng chậu. Việc xây dựng đường dẫn chăm sóc liên ngành, theo dõi kết quả khách quan, cân nhắc nhu cầu riêng của từng nhóm bệnh nhân, và tuân thủ các chuẩn mực đạo đức – pháp lý sẽ giúp nâng cao chất lượng điều trị cũng như sự hài lòng của người bệnh. Những kiến thức này không chỉ giúp ích cho nhà chuyên môn trong thực hành hằng ngày, mà còn góp phần định hình một môi trường chăm sóc an toàn, nhân văn và hiệu quả, nơi bệnh nhân luôn được tôn trọng và hỗ trợ tối đa trên hành trình sức khỏe của mình.

Nguồn tài liệu tham khảo: Các luận điểm và số liệu trong phần này được tổng hợp và trích dẫn từ các nguồn uy tín, bao gồm hướng dẫn thực hành (VD: NICE 2021 về rối loạn sàn chậu), nghiên cứu lâm sàng gần đây (VD: nghiên cứu UCSF 2025 về telehealth hậu sản), cũng như các báo cáo chuyên ngành (VD: báo cáo ICS về nhóm đa chuyên khoa sàn chậu). Việc trích dẫn được ký hiệu trong ngoặc vuông ngay sau nội dung liên quan, giúp người đọc có thể đối chiếu thông tin chi tiết nếu cần. Những tài liệu này minh chứng cho các nhận định và khuyến cáo đã nêu, đồng thời phản ánh tính cập nhật và bằng chứng của nội dung phần IV.

Chương 14 Đường dẫn chăm sóc liên ngành và theo dõi

14.1 Sơ đồ chuyển tuyến & phối hợp chuyên khoa – Referral & MDT Maps

Pelvic floor disorders (rối loạn sàn chậu) thường có tính chất phức tạp, ảnh hưởng đến nhiều khía cạnh sức khỏe, do đó chăm sóc liên ngành (multidisciplinary care) đóng vai trò then chốt. Việc phối hợp giữa các chuyên khoa – bao gồm bác sĩ (niệu khoa, phụ khoa, phục hồi chức năng), chuyên viên vật lý trị liệu sàn chậu, điều dưỡng, chuyên gia dinh dưỡng, tâm lý học, v.v... – giúp đảm bảo bệnh nhân được đánh giá và điều trị toàn diện. Thực tế, một trở ngại lớn là nhiều bệnh nhân có triệu chứng sàn chậu nhưng không được giới thiệu đến vật lý trị liệu kịp thời do thiếu sự phối hợp giữa các nhà cung cấp dịch vụ. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của đường dẫn chuyển tuyến rõ ràng: bác sĩ lâm sàng cần nhận biết vấn đề sàn chậu và chuyển bệnh nhân sang chuyên viên phù hợp, đồng thời chuyên viên trị liệu cũng cần biết khi nào nên tham vấn hoặc chuyển ngược bệnh nhân về bác sĩ để xử trí y khoa.



Hình 14.1: Sơ đồ phối hợp đa chuyên khoa trong chăm sóc sàn chậu.

Bệnh nhân có thể được tiếp cận hệ thống y tế qua nhiều ngả: tự tìm đến chuyên viên vật lý trị liệu, hoặc thông qua khám bác sĩ chuyên khoa (ví dụ phụ khoa, niệu khoa). Bác sĩ có vai trò chẩn đoán y khoa, loại trừ các bệnh lý nguy hiểm (như nhiễm trùng tiểu, tổn thương cấu trúc) và chuyển tuyến bệnh nhân sang vật lý trị liệu sàn chậu khi thích hợp. Ngược lại, chuyên viên vật lý trị liệu trong quá trình điều trị sẽ theo dõi tiến triển, nếu phát hiện vấn đề ngoài phạm vi (như nghi ngờ hội chứng tiết niệu phức tạp, đau mãn tính cần can thiệp thuốc), sẽ tham vấn bác sĩ hoặc đề nghị bệnh nhân quay lại bác sĩ chuyên khoa. Cả hai phía cần liên lạc chặt chẽ, chia sẻ thông tin về tình trạng bệnh nhân và kế hoạch điều trị. Ngoài ra, các chuyên khoa hỗ trợ khác cũng được huy động khi cần: chẳng hạn, chuyên gia dinh dưỡng có thể tư vấn chế độ ăn để giảm táo bón cho bệnh nhân sa tạng chậu; tâm lý hỗ trợ khi bệnh nhân có sang chấn tâm lý hay trầm cảm do rối loạn sàn chậu; hoặc bác sĩ chuyên khoa hậu môn trực tràng tham gia nếu bệnh nhân có vấn đề đại tiện mất kiểm soát.

Một ví dụ lâm sàng minh họa quy trình liên ngành: Bệnh nhân nữ sau sinh có triệu chứng són tiểu (tiểu không tự chủ). Ban đầu, sản phụ có thể trình bày vấn đề này với bác sĩ sản phụ khoa, người sẽ đánh giá để loại trừ nhiễm trùng tiểu hoặc tổn thương thực thể nghiêm trọng. Nếu không có chống chỉ định, bác sĩ giới thiệu bệnh nhân đến chuyên viên vật lý trị liệu sàn chậu. Chuyên viên đánh giá chức năng các nhóm cơ sàn chậu, mức độ sa cơ quan chậu (nếu có), sau đó bắt đầu chương trình tập luyện phục hồi. Trong quá trình trị liệu, giả sử chuyên viên nhận thấy bệnh nhân có dấu hiệu nhiễm trùng đường tiểu (ví dụ đau rát, sốt) hoặc nghi ngờ tổn thương niệu đạo vượt quá phạm vi can thiệp bảo tồn, chuyên viên sẽ chuyển bệnh nhân ngược lại bác sĩ niệu khoa để kiểm tra và điều trị y tế song song. Sau khi tình trạng y khoa được kiểm soát, bệnh nhân tiếp tục quay lại chương trình tập vật lý trị liệu. Toàn bộ quá trình, bệnh nhân là trung tâm của chăm sóc; các chuyên gia thường xuyên trao đổi để thống nhất mục tiêu điều trị và theo dõi tiến triển.

Quan trọng là xây dựng được sơ đồ chuyển tuyến (referral map) cụ thể tại cơ sở y tế. Sơ đồ này có thể bao gồm tiêu chí để bác sĩ xác định khi nào cần gửi bệnh nhân đến vật lý trị liệu (ví dụ: sau sinh 6 tuần, bệnh nhân vẫn tiểu són; bệnh nhân đau vùng chậu mãn tính không do bệnh lý cấp tính, v.v.), cũng như tiêu chí để chuyên viên trị liệu biết khi nào cần yêu cầu đánh giá y khoa thêm (ví dụ: phát hiện dấu hiệu "cờ đỏ" như chảy máu bất thường, đau tăng, nghi ngờ u bướu). Một mô hình đa chuyên khoa hiệu quả sẽ giúp bệnh nhân không bị bỏ sót can thiệp cần thiết và cải thiện tuân thủ điều trị. Thật vậy, nghiên cứu đã chỉ ra rằng sự kết hợp chặt chẽ giữa các chuyên khoa (ví dụ mời chuyên viên vật lý trị liệu tư vấn ngay trong lần khám đầu tiên của bác sĩ) có thể làm tăng tỷ lệ bệnh nhân thực sự tham gia trị liệu đầy đủ hơn. Mặc dù vậy, việc duy trì động lực cho bệnh nhân theo hết liệu trình vẫn đòi hỏi nhiều yếu tố như giáo dục và hỗ trợ liên tục.

Tóm lại, đường dẫn chăm sóc liên ngành nên được thiết lập như một "bản đồ" rõ ràng: Bệnh nhân được hướng dẫn đúng chuyên khoa ngay từ đầu, các nhà chuyên môn phối hợp nhịp nhàng và trao đổi thông tin liên tục. Cách tiếp cận "nhiều trong một" này không chỉ giúp nâng cao hiệu quả điều trị mà còn tăng sự hài lòng và hiểu biết của bệnh nhân về quá trình phục hồi của mình.

14.2 Theo dõi bằng PROMs/ICIQ/PFDI – Outcome Tracking with PROMs

Trong lĩnh vực phục hồi chức năng sàn chậu, việc theo dõi kết quả điều trị dựa trên đo lường chủ quan của bệnh nhân là rất quan trọng. Đây chính là vai trò của các PROMs (Patient – Reported Outcome Measures) – các công cụ thu thập thông tin do bệnh nhân tự báo cáo về triệu chứng, chức năng và chất lượng cuộc sống. PROMs giúp đánh giá mức độ ảnh hưởng của rối loạn đến cuộc sống hàng ngày, mức độ cải thiện sau can thiệp, và sự hài lòng của bệnh nhân với kết quả điều trị. Nói cách khác, bên cạnh các chỉ số khách quan (như sức cơ, khả năng co thắt đo bằng máy), PROMs cung cấp cái nhìn từ phía bệnh nhân: họ cảm nhận tình trạng của mình ra sao, có tốt lên không, còn vướng mắc gì không.

Hai bộ câu hỏi PROMs tiêu biểu trong lĩnh vực sàn chậu là ICIQ – UI Short Form và PFDI – 20.

- ICIQ – UI SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence Short Form): Đây là bảng câu hỏi ngắn gọn đánh giá về tiểu không kiểm soát. Bảng gồm khoảng 6 câu, bệnh nhân có thể tự điền trong vài phút. Nội dung câu hỏi bao gồm: tần suất són tiểu, lượng nước tiểu rò rỉ, mức độ ảnh hưởng đến cuộc sống hàng ngày, và một mục để bệnh nhân tự nêu nguyên nhân mà họ nghĩ gây ra tình trạng của mình. Phần trả lời cho phép tính ra một thang điểm tổng từ 0 đến 21, điểm càng cao nghĩa là triệu chứng tiểu không kiểm soát càng nặng. Mặc dù ngắn, ICIQ – UI SF cung cấp bức tranh khá toàn diện về mức độ và tác động của chứng són tiểu lên người bệnh, đồng thời gợi ý nguyên nhân chủ quan, giúp mở ra cuộc thảo luận giữa bệnh nhân và nhà trị liệu. Bảng hỏi này đã được kiểm chứng độ tin cậy và độ nhạy với thay đổi: nghiên cứu cho thấy điểm ICIQ – UI SF giảm có ý nghĩa sau khi bệnh nhân được điều trị bảo tồn (ví dụ tập luyện) cũng như sau phẫu thuật, phản ánh sự cải thiện triệu chứng.
- PFDI – 20 (Pelvic Floor Distress Inventory – 20): Đây là phiên bản rút gọn gồm 20 câu hỏi, đánh giá mức độ khó chịu mà các triệu chứng sàn chậu gây ra cho bệnh nhân (chỉ số "distress"). Khác với ICIQ tập trung vào tiểu không kiểm soát, PFDI – 20 bao quát *3 lĩnh vực*: triệu chứng tiểu tiện (6 câu UDI – 6), sa tạng chậu (6 câu POPDI – 6) và đại tiện (8 câu CRADI – 8). Mỗi câu hỏi PFDI trước hết hỏi có hay không triệu chứng (ví dụ: "Bạn có cảm thấy nặng tức ở vùng âm đạo không?"), nếu "Có", bệnh nhân sẽ chấm mức độ làm họ khó chịu của triệu chứng đó từ 0 ("không hề") đến 4 ("rất nhiều"). Cách tính điểm: điểm từng phần là trung bình các câu trong phần đó nhân với 25 (cho ra thang 0 – 100 mỗi phần), tổng cộng ba phần cho điểm PFDI – 20 toàn phần từ 0 đến 300. Điểm cao nghĩa là bệnh nhân càng khó chịu với các vấn đề sàn chậu. PFDI – 20 được

thiết kế dành cho phụ nữ trên 18 tuổi với các rối loạn sàn chậu (tiểu không kiểm soát, sa tạng chậu, són phân). Ưu điểm nổi bật của PFDI – 20 là ngắn gọn nhưng đánh giá toàn diện ảnh hưởng của rối loạn sàn chậu lên chất lượng cuộc sống, thay vì chỉ một khía cạnh đơn lẻ. Nó cũng được chứng minh dễ sử dụng trong lâm sàng và có độ nhạy cao trong việc phản ánh thay đổi sau điều trị. Chẳng hạn, trong một nghiên cứu, người ta thấy rằng mức giảm khoảng ≥13,5 điểm PFDI – 20 có ý nghĩa quan trọng khi đánh giá hiệu quả của các biện pháp điều trị bảo tồn sa tạng chậu nhẹ.

Bên cạnh hai công cụ trên, còn nhiều PROMs khác có thể dùng tùy trường hợp, như IIQ – 7 (Incontinence Impact Questionnaire – 7 câu, đánh giá ảnh hưởng của chứng tiểu không kiểm soát lên chất lượng sống) hay PFIQ – 7 (Pelvic Floor Impact Questionnaire – 7 câu, đánh giá ảnh hưởng của các vấn đề sàn chậu đến hoạt động hằng ngày). Tuy nhiên, trong thực hành vật lý trị liệu sàn chậu, ICIQ – UI SF và PFDI – 20 là hai lựa chọn phổ biến nhờ tính cô đọng và dễ áp dụng. Quan trọng hơn cả, việc áp dụng PROMs nên được tích hợp vào quy trình chăm sóc chuẩn, từ khi bắt đầu đến khi kết thúc liệu trình, nhằm theo dõi tiến bộ và định hướng điều chỉnh can thiệp.

Đầu tiên, tại buổi đánh giá ban đầu, bệnh nhân được yêu cầu điền các bảng hỏi thích hợp (ví dụ: ICIQ – UI SF, PFDI – 20) để xác định mức độ cơ bản của triệu chứng. Chuyên viên phân tích kết quả này để hiểu rõ vấn đề nào bệnh nhân thấy phiền toái nhất và lập mục tiêu cá nhân hóa cho trị liệu. Tiếp theo, bệnh nhân bắt đầu chương trình vật lý trị liệu (ví dụ: tập cơ sàn chậu, chỉnh dáng, liệu pháp hành vi…) theo kế hoạch đã đề ra. Trong quá trình can thiệp, vào mốc thời gian định kỳ (thường sau 4 – 6 tuần), bệnh nhân sẽ điền lại các PROMs tương tự để đánh giá tiến triển so với ban đầu. Chuyên viên so sánh điểm số: nếu thấy cải thiện đáng kể (ví dụ điểm ICIQ giảm mạnh, điểm PFDI – 20 giảm hàng chục điểm), đó là dấu hiệu liệu pháp đang hiệu quả, khi đó có thể tiếp tục liệu trình như dự kiến hoặc thậm chí xem xét sớm hoàn tất nếu mục tiêu đã đạt gần xong. Ngược lại, nếu điểm số không cải thiện hoặc xấu đi, chuyên viên sẽ xem xét điều chỉnh kế hoạch (thay đổi bài tập, bổ sung phương

pháp mới) hoặc trao đổi với bác sĩ về hướng điều trị khác. Chu trình theo dõi – đánh giá lại này có thể lặp lại vài lần trong suốt liệu trình. Đến cuối liệu trình (trước khi kết thúc điều trị), bệnh nhân được yêu cầu điền PROMs lần cuối. Kết quả cuối kỳ sẽ được so sánh với điểm ban đầu để đánh giá tổng thể hiệu quả: mức cải thiện % hoặc điểm tuyệt đối, bệnh nhân hài lòng ra sao. Toàn bộ dữ liệu này cũng giúp nhóm điều trị rút kinh nghiệm và quyết định bước tiếp theo (ngưng hay tiếp tục, hoặc chuyển giai đoạn duy trì).

Một ví dụ minh họa: bệnh nhân A trước trị liệu có điểm ICIQ – UI SF là 15/21 – cho thấy tần suất và mức độ són tiểu khá nhiều, ảnh hưởng đáng kể. Sau 8 tuần tập luyện và giáo dục, bệnh nhân điền lại bảng ICIQ, điểm số giảm còn 6/21. Sự giảm 9 điểm này tương ứng với việc tần suất són tiểu giảm rõ (từ gần như hàng ngày xuống chỉ còn một lần/tuần), lượng rò rỉ cũng ít hơn, và mức độ phiền toái giảm từ "nhiều" xuống "hơi một chút". Bệnh nhân báo cáo rằng giờ đây chị có thể tự tin ra ngoài tập thể dục mà không quá lo lắng về sự cố són tiểu. Trường hợp này cho thấy PROMs đã giúp định lượng hóa mức tiến bộ mà cả bệnh nhân và chuyên viên đều cảm nhận. Nếu không có PROMs, có thể khó mô tả chính xác bệnh nhân đã cải thiện bao nhiêu; nhờ có điểm số, việc trao đổi thông tin trở nên cụ thể hơn (ví dụ "chị đã giảm được 60% mức độ són tiểu so với trước"). Ngoài ra, PROMs còn hỗ trợ quyết định lâm sàng: với mức cải thiện như trên, chuyên viên và bệnh nhân có thể thống nhất thêm 2 tuần trị liệu nữa để cố gắng giảm điểm ICIQ xuống thấp nhất có thể, sau đó kết thúc liệu trình.

PROMs cũng hữu ích trong theo dõi dài hạn sau khi bệnh nhân đã hoàn thành điều trị tích cực. Ví dụ, 3 tháng sau xuất viện trị liệu, cơ sở có thể gửi bảng hỏi PFDI – 20 cho bệnh nhân tự điền qua email hoặc ứng dụng; nếu điểm số vẫn duy trì thấp, chứng tỏ bệnh nhân giữ được kết quả tốt, còn nếu điểm tăng cao trở lại, đó là tín hiệu bệnh nhân có thể cần một đợt can thiệp bổ sung hoặc tư vấn thêm (ví dụ bệnh nhân có thể đã lơ là bài tập ở nhà). Chính vì vậy, ngày nay nhiều đơn vị lâm sàng tích hợp PROMs vào hệ thống theo dõi từ xa, cho phép bệnh nhân điền trực tuyến và dữ liệu tự động gửi về hồ sơ điện tử.

Việc này tạo thuận lợi lớn trong thời đại số hóa, giúp giám sát sức khỏe bệnh nhân liên tục mà không đòi hỏi lần nào cũng phải đến khám trực tiếp.

Tóm lại, việc theo dõi bằng PROMs là một thành phần không thể thiếu trong đường dẫn chăm sóc sàn chậu hiện đại. PROMs cung cấp thông tin quý giá từ góc nhìn người bệnh, bổ sung cho các đo lường khách quan khác, giúp nhóm điều trị đánh giá toàn diện hiệu quả can thiệp và ra quyết định chính xác hơn. Sử dụng thành thạo các công cụ như ICIQ – UI SF, PFDI – 20 cho phép chuyên viên không chỉ đo lường, mà còn nâng cao chất lượng giao tiếp với bệnh nhân và giữa các chuyên khoa (vì có dữ liệu cụ thể để trao đổi). Cuối cùng, chính bệnh nhân cũng được hưởng lợi khi họ thấy rõ sự tiến bộ của mình qua các con số, từ đó tăng thêm động lực tiếp tục chương trình phục hồi.

14.3 Tiêu chí dừng trị liệu/duy trì – Stop/Maintenance Criteria

Quyết định khi nào ngừng liệu trình vật lý trị liệu tích cực và chuyển sang giai đoạn duy trì (maintenance) là một bước quan trọng trong quản lý điều trị. Dừng trị liệu đúng thời điểm giúp bệnh nhân tối ưu hóa kết quả đạt được, tránh kéo dài không cần thiết, đồng thời giải phóng nguồn lực để tập trung cho trường hợp khác. Ngược lại, nếu ngừng quá sớm, bệnh nhân có thể chưa phục hồi đầy đủ, dễ tái phát hoặc chưa đủ kỹ năng tự quản lý, dẫn tới nguy cơ thụt lùi. Dưới đây là các tiêu chí chính để xem xét dừng hoặc duy trì trị liệu sàn chậu, dựa trên khuyến cáo thực hành:

- Đạt được mục tiêu trị liệu đã đề ra: Đây là chỉ dấu quan trọng nhất. Ngay từ đầu liệu trình, chuyên viên và bệnh nhân thường đặt ra một số mục tiêu cụ thể (ví dụ: giảm số lần són tiểu từ 5 lần/ngày xuống còn ≤1 lần/ngày; giảm điểm PFDI – 20 ít nhất 50%; tự thực hiện đúng kỹ thuật co cơ sàn chậu 10 lần mỗi ngày; hết đau khi giao hợp, v.v.). Khi bệnh nhân đạt hoặc vượt các mục tiêu này, tức là kết quả chức năng đã trở về bình thường hoặc ở mức chấp nhận được, thì có thể xem là thời điểm thích hợp để kết thúc giai đoạn trị liệu tích cực. Ví dụ, bệnh nhân B đặt mục tiêu ban đầu là có thể chạy bộ 30 phút mà không bị són tiểu; sau 3 tháng tập, giờ đây chị đã chạy được 45

phút liên tục mà hoàn toàn khô ráo. Rõ ràng mục tiêu đã đạt, việc tiếp tục trị liệu chuyên sâu có thể không còn cần thiết nữa.

- Triệu chứng đã cải thiện tối đa hoặc tiến bộ đạt ngưỡng "trần": Trong một số trường hợp, dù chưa hoàn toàn khỏi hẳn 100%, nhưng bệnh nhân có thể đã cải thiện đến mức tối ưu mà phương pháp hiện tại có thể mang lại. Ví dụ, bệnh nhân C bị sa tạng chậu độ II, sau 4 tháng tập luyện có cải thiện cảm giác nặng tức và tiểu tiện, nhưng vẫn còn khối sa nhỏ. Mức sa này có thể không cải thiện thêm bằng tập luyện, trừ khi phẫu thuật. Nếu chuyên viên nhận định tiến bộ đã chững lại (plateau) – nghĩa là các buổi gần đây không đạt thêm cải thiện đáng kể nào, thì có thể cân nhắc dừng trị liệu tích cực. Tiến triển chững lại cũng có thể xảy ra do giới hạn sinh học của mô hoặc do bệnh nhân đã đạt ngưỡng tối đa mà họ có thể đạt được qua can thiệp bảo tồn. Khi đó, việc kéo dài thêm buổi tập có thể không mang lại lợi ích
  tương xứng.
- Khuyến nghị của chuyên gia điều trị: Vai trò của chuyên viên vật lý trị liệu và bác sĩ rất quan trọng trong việc quyết định thời điểm ngừng. Một chuyên viên có kinh nghiệm sẽ đánh giá khách quan tiến trình phục hồi của bệnh nhân và so sánh với tiêu chuẩn hoặc dữ liệu của các trường hợp tương tự. Nếu họ nhận thấy bệnh nhân đã đủ khả năng tự lập, hoặc ngược lại, không thu thêm kết quả dù đã thử các hướng khác, họ sẽ đề xuất ngừng trị liệu chuyên sâu. Đương nhiên, quyết định cuối cùng nên được thống nhất với bệnh nhân, nhưng ý kiến chuyên môn giúp bệnh nhân an tâm rằng họ không "bị bỏ giữa chừng" mà thực sự đã đến lúc phù hợp để kết thúc liệu trình.
- Bệnh nhân có khả năng tự quản lý và duy trì: Một tiêu chí quan trọng khác là đánh giá xem bệnh nhân đã nắm vững kiến thức và kỹ năng để tự chăm sóc hay chưa. Mục tiêu của vật lý trị liệu không chỉ là chữa triệu chứng trước mắt mà còn trang bị cho bệnh nhân cách duy trì kết quả lâu dài. Nếu sau quá trình trị liệu, bệnh nhân chứng tỏ họ hiểu rõ bài tập, có thể tự thực hiện đúng kỹ thuật hàng ngày,

biết cách điều chỉnh lối sống (uống nước, chế độ tập luyện, thói quen vệ sinh) để ngừa tái phát, thì đó là lúc có thể chuyển sang giai đoạn duy trì. Ví dụ, bệnh nhân D sau liệu trình đã có thói quen tập Kegel 10 phút mỗi sáng, biết tự quản lý lượng nước uống và thời gian đi tiểu, đồng thời nhận biết dấu hiệu sớm nếu triệu chứng quay lại. Những bệnh nhân như vậy có khả năng tự lo liệu khá tốt, và việc tiếp tục bắt họ đến phòng khám hàng tuần là không cần thiết nữa.

- Các yếu tố ngoại vi khác: Trong thực tế, còn có các lý do khác khiến liệu trình có thể phải dừng hoặc tạm ngưng, chẳng hạn vấn đề tài chính, thời gian hoặc sức khỏe khác. Tuy những yếu tố này không phải là "tiêu chí chuyên môn", nhưng người lâm sàng cần cân nhắc. Ví dụ, một sản phụ sau 2 tháng tập thấy khá hơn nhưng kinh phí có hạn, chị quyết định ngừng buổi trị liệu trực tiếp và chuyển sang tự tập ở nhà. Trong trường hợp này, chuyên viên nên hướng dẫn kỹ chương trình tập tại nhà và lên kế hoạch tái khám định kỳ (ví dụ sau 1 – 2 tháng) để đảm bảo bệnh nhân duy trì đúng hướng. Hoặc nếu bệnh nhân mắc thêm bệnh nội khoa khác phải ưu tiên điều trị, thì chương trình phục hồi sàn chậu có thể tạm ngưng, sau đó tiếp tục khi bệnh nhân ổn định.

Sau khi quyết định ngừng trị liệu tích cực, cần chuyển bệnh nhân sang giai đoạn theo dõi duy trì. Giai đoạn này thường bao gồm: một chương trình bài tập duy trì tại nhà (ví dụ: tập co cơ sàn chậu 3 lần/tuần, mỗi lần 10 phút; duy trì thói quen tốt như tránh nhịn tiểu quá lâu, tập kegels khi ho, v.v.), và lịch hẹn tái khám định kỳ (có thể sau 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng tùy trường hợp) để kiểm tra và động viên bệnh nhân. Việc tái khám giúp phát hiện sớm nếu có dấu hiệu thoái triển (ví dụ điểm PROM tăng trở lại) để can thiệp kịp thời. Ngược lại, nếu mọi thứ ổn, có thể giãn dần tần suất tái khám.

Định kỳ (thường sau khoảng 6 – 12 tuần hoặc sau một số buổi nhất định), chuyên viên và bệnh nhân cùng đánh giá lại mức tiến triển. Trước tiên, hỏi: "Các mục tiêu đề ra ban đầu đã đạt chưa?" Nếu đạt rồi, tiến tới ngừng trị liệu tích cực – tức là kết thúc các buổi tập thường xuyên. Sau đó, bệnh nhân được

hướng dẫn bước vào giai đoạn duy trì, bao gồm tự tập luyện và hẹn lịch theo dõi sau một thời gian (ví dụ 1 – 3 tháng) để đảm bảo kết quả được giữ vững. Nếu chưa đạt mục tiêu, cần xem xét tiếp: "Có tiến triển đáng kể không?" Nếu có tiến triển (dù chưa đạt mục tiêu cuối cùng) – tức là triệu chứng có cải thiện từng phần – thì tiếp tục liệu trình. Chuyên viên có thể điều chỉnh kế hoạch (tăng độ khó bài tập, bổ sung kỹ thuật mới, hoặc phối hợp phương pháp khác) để thúc đẩy thêm cải thiện. Sau điều chỉnh, liệu trình được tiếp tục một số buổi nữa, rồi đánh giá lại lần tiếp theo để xem mục tiêu đã đạt chưa. Ngược lại, nếu không có tiến triển đáng kể (bệnh nhân không cải thiện gì sau một giai đoạn trị liệu đầy đủ), chuyên viên cần tìm hiểu nguyên nhân: Ví dụ, có phải do bệnh nhân không tuân thủ bài tập ở nhà? Nếu đúng, giải pháp là nhắc nhở và khắc phục vấn đề tuân thủ (hướng dẫn lại, đơn giản hóa bài tập, tăng tương tác hỗ trợ…) và sau đó tiếp tục liệu trình thêm một thời gian để xem có cải thiện hay không. Nếu nguyên nhân không phải do tuân thủ mà do phương pháp chưa phù hợp (ví dụ bệnh nhân không đáp ứng với bài tập hiện tại), chuyên viên có thể thay đổi chiến lược trị liệu (chuyển từ tập co cơ sang sử dụng biofeedback, hoặc kết hợp kích thích điện chẳng hạn) rồi tiếp tục theo dõi. Trường hợp xấu nhất, nếu đã thử các cách mà vẫn không mang lại tiến bộ, khi đó nên ngừng trị liệu vì có thể phương pháp vật lý trị liệu không hiệu quả cho bệnh nhân này. Lúc đó, cần xem xét hướng điều trị khác cho bệnh nhân, chẳng hạn chuyển bệnh nhân đến bác sĩ để đánh giá phẫu thuật hoặc dùng thuốc (ví dụ phẫu thuật treo cổ bàng quang cho trường hợp són tiểu do sa tạng chậu nặng, hoặc tiêm botox cho bàng quang tăng hoạt). Dù dừng liệu trình trong trường hợp không thành công, bệnh nhân vẫn nên được tư vấn một chương trình tự chăm sóc cơ bản (bài tập nhẹ nhàng, thói quen sinh hoạt) và hẹn tái đánh giá sau một thời gian, phòng khi có thay đổi.

Để cụ thể hóa các tiêu chí trên, hãy xem xét tình huống: Bệnh nhân E bị đau vùng chậu mạn tính và tiểu nhiều lần đêm. Mục tiêu đặt ra là giảm 80% mức độ đau và chỉ còn dậy tiểu ≤1 lần mỗi đêm. Sau 10 tuần trị liệu, bệnh nhân giảm được khoảng 50% đau, tiểu đêm còn 2 lần – nghĩa là chưa đạt mục tiêu nhưng cũng có tiến triển. Chuyên viên quyết định tiếp tục trị liệu thêm 4

tuần nữa, đồng thời đổi một số kỹ thuật xoa bóp cơ và thêm bài tập giãn cơ háng. Sau 4 tuần, bệnh nhân đạt 80% giảm đau và chỉ còn tiểu 1 lần/đêm – tức đạt mục tiêu. Lúc này, liệu trình tích cực được kết thúc, bệnh nhân được chuyển sang giai đoạn duy trì với bài tập giãn cơ hàng ngày và lịch hẹn kiểm tra lại sau 2 tháng. Trường hợp khác, bệnh nhân F bị tiểu không kiểm soát nặng, sau 8 tuần tập mọi chỉ số gần như không cải thiện. Kiểm tra lại, chuyên viên thấy bệnh nhân tuân thủ tốt, kỹ thuật tập đúng – nghĩa là có thể phương pháp tập cơ không đủ hiệu quả trong ca này (do bệnh nhân có thể cần can thiệp xâm lấn). Do đó, sau khi trao đổi với bác sĩ, nhóm quyết định ngừng trị liệu bảo tồn và tư vấn bệnh nhân về khả năng phẫu thuật (ví dụ TVT – căng đặt băng nâng niệu đạo). Đồng thời, bệnh nhân được hướng dẫn tiếp tục tập nhẹ ở nhà trong thời gian chờ đợi quyết định phẫu thuật để giữ sức cơ.

Nhìn chung, tiêu chí dừng trị liệu cần được cá thể hóa cho từng bệnh nhân, nhưng phải đảm bảo rằng bệnh nhân đã nhận được lợi ích tối đa từ chương trình phục hồi, và họ có đủ khả năng tự duy trì. Đừng quên rằng ngừng trị liệu không có nghĩa là chấm dứt hoàn toàn chăm sóc. Giai đoạn duy trì chính là một phần của đường dẫn chăm sóc: bệnh nhân vẫn nằm trong vòng theo dõi, chỉ là họ chủ động hơn và không cần gặp chuyên viên thường xuyên. Một chương trình duy trì tốt (bài tập phù hợp, tái khám định kỳ, kênh liên lạc hỗ trợ khi cần) sẽ giúp củng cố thành quả của cả quá trình trị liệu, ngăn ngừa bệnh nhân bị tái phát hoặc sa sút sau khi ngừng điều trị tích cực. Vì vậy, chuyên viên cần nhấn mạnh với bệnh nhân tầm quan trọng của việc tiếp tục tuân thủ các hướng dẫn duy trì – ví như “anh/chị đã khỏe nhiều rồi nhưng vẫn nên tiếp tục tập tuần 3 lần nhé, để giữ vững kết quả này”.

Tóm lại, việc đưa ra quyết định dừng hay tiếp tục trong vật lý trị liệu sàn chậu là sự cân bằng giữa đạt được mục tiêu điều trị, đánh giá mức tiến bộ, và chuẩn bị cho bệnh nhân tự lập. Một khi các tiêu chí phù hợp được đáp ứng, ngừng trị liệu tích cực và chuyển sang duy trì là bước hợp lý, có lợi cho cả bệnh nhân lẫn hệ thống chăm sóc.

14.4 Chăm sóc từ xa – Telehealth Considerations

Chăm sóc từ xa (telehealth) trong vật lý trị liệu sàn chậu đang ngày càng phổ biến, đặc biệt sau kinh nghiệm từ đại dịch COVID – 19. Telehealth mở ra khả năng cho phép bệnh nhân được phục hồi chức năng ngay tại nhà thông qua các công cụ như cuộc gọi video, ứng dụng di động, thiết bị theo dõi từ xa. Đối với nhiều bệnh nhân – chẳng hạn phụ nữ sau sinh còn bận chăm con nhỏ, hoặc người ở vùng xa khó tiếp cận phòng khám – telehealth giúp giảm rào cản đi lại, tiết kiệm thời gian và tăng tính liên tục của chăm sóc. Nghiên cứu đã chỉ ra rằng trị liệu sàn chậu từ xa có thể mang lại cải thiện đáng kể về triệu chứng tiết niệu, chức năng cơ sàn chậu và chất lượng cuộc sống tương đương với trị liệu trực tiếp. Thậm chí, một phân tích hồi cứu năm 2023 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu điều trị không khác biệt có ý nghĩa giữa nhóm chủ yếu telehealth và nhóm chủ yếu gặp trực tiếp; điều đó nghĩa là trị liệu từ xa, nếu được triển khai tốt, hiệu quả tương đương trị liệu truyền thống. Điều này hết sức ý nghĩa, bởi telehealth thường thuận tiện và dễ tiếp cận hơn cho nhiều người bệnh, giúp họ không phải đánh đổi chất lượng chăm sóc khi chọn phương án từ xa.

Tuy nhiên, việc áp dụng telehealth trong vật lý trị liệu sàn chậu đòi hỏi những xem xét đặc thù. Trước hết, cần hiểu rằng không phải mọi khía cạnh điều trị đều có thể thực hiện từ xa. Những thủ thuật cần khám lâm sàng trực tiếp như đánh giá sức cơ bằng tay, kiểm tra nội khoa vùng chậu, thực hiện các kỹ thuật trị liệu xâm lấn (ví dụ: liệu pháp điểm kích hoạt, nội soi niệu đạo, đặt dụng cụ hỗ trợ) – các phần này vẫn cần gặp trực tiếp. Do đó, một mô hình kết hợp (hybrid) thường được khuyến khích: kết hợp buổi khám trực tiếp khi cần thiết (đặc biệt buổi đầu để đánh giá toàn diện, hoặc các buổi thủ thuật), sau đó các buổi theo dõi, tập luyện, giáo dục có thể triển khai qua telehealth. Mô hình chăm sóc đa phương thức này giúp tối ưu cả trải nghiệm bệnh nhân lẫn kết quả điều trị, tận dụng ưu điểm mỗi hình thức.

Bệnh nhân tại nhà có thể kết nối với chuyên viên ở phòng khám thông qua nền tảng video trực tuyến. Trong buổi tư vấn từ xa, chuyên viên sẽ hướng dẫn bệnh nhân tập các bài tập (ví dụ cách co cơ Kegel đúng, các động tác thở, tư

thế), quan sát bệnh nhân thực hiện để chỉnh sửa. Đồng thời, bệnh nhân được tư vấn về thói quen sinh hoạt, giải đáp thắc mắc tương tự như một buổi trị liệu trực tiếp. Bên cạnh tương tác thời gian thực, telehealth còn bao gồm các hình thức theo dõi không đồng bộ (asynchronous): bệnh nhân có thể nhập thông tin triệu chứng hàng ngày qua ứng dụng di động hoặc biểu mẫu web – chẳng hạn điền bảng hỏi PROMs định kỳ, nhật ký đi tiểu, nhật ký đau. Những dữ liệu này sẽ được lưu trữ trên nền tảng trực tuyến an toàn và chuyên viên có thể xem lại sau để đánh giá từ xa. Một số hệ thống còn cung cấp video bài tập minh họa sẵn cho bệnh nhân xem bất cứ lúc nào (store – and – forward). Ngoài ra, các thiết bị hỗ trợ thông minh cũng có thể tích hợp: ví dụ sensor (cảm biến) đo lực co cơ sàn chậu gắn ở vùng tầng sinh môn hoặc thiết bị biofeedback cầm tay; bệnh nhân sử dụng tại nhà và dữ liệu có thể đồng bộ qua internet để chuyên viên theo dõi (telemonitoring). Tất cả những yếu tố này tạo thành một môi trường chăm sóc từ xa toàn diện, nơi bệnh nhân vẫn nhận được hướng dẫn và giám sát chặt chẽ dù không hiện diện tại phòng khám.

Khi triển khai telehealth, cần lưu ý một số yêu cầu kỹ thuật và an toàn. Thứ nhất, nền tảng sử dụng phải bảo mật và đảm bảo quyền riêng tư cho thông tin y tế của bệnh nhân. Các ứng dụng video call nên tuân thủ các tiêu chuẩn an ninh (như mã hóa end – to – end) và nếu có thể, được Bộ Y tế phê duyệt. Thứ hai, cả bệnh nhân và chuyên viên đều cần chuẩn bị đầy đủ: kết nối internet ổn định, thiết bị camera/hardware hoạt động tốt, không gian đủ riêng tư và ánh sáng phù hợp để thực hiện bài tập trước camera. Trước buổi telehealth đầu tiên, nên có bước hướng dẫn bệnh nhân về cách đăng nhập, cách đặt góc camera để chuyên viên quan sát tốt (ví dụ toàn thân khi tập squat, cận cảnh vùng thắt lưng chậu khi tập Kegel nếu cần thiết). Có thể khuyến khích bệnh nhân nhờ người nhà hỗ trợ quay camera trong một số bài tập phức tạp, nhưng phải đảm bảo bệnh nhân cảm thấy thoải mái vì bài tập sàn chậu đôi khi mang tính nhạy cảm. Thứ ba, chuyên viên cần điều chỉnh phương pháp cho phù hợp từ xa: dùng nhiều hình ảnh minh họa, mô hình giải phẫu hoặc video hướng dẫn để bù đắp việc thiếu tiếp xúc trực tiếp. Ví dụ, khi hướng dẫn co cơ sàn

chậu, chuyên viên có thể chia sẻ màn hình một hình ảnh giải phẫu vùng chậu và mô tả, thay vì chỉ dùng tay trên người bệnh như lúc trực tiếp.

Một thách thức khác là động lực và tuân thủ của bệnh nhân trong môi trường tại nhà. Không có lịch đến phòng khám cố định, một số bệnh nhân có thể dễ xao nhãng hoặc bỏ qua buổi tập. Để khắc phục, chương trình telehealth nên bao gồm các nhắc nhở tự động (qua app, tin nhắn) về giờ tập, buổi hẹn sắp tới. Chuyên viên cũng nên đặt những mục tiêu nhỏ hàng tuần để bệnh nhân phấn đấu, và theo dõi sự hoàn thành qua báo cáo bệnh nhân gửi. Ví dụ, đặt mục tiêu "tuần này tập bài Kegel 5 ngày, mỗi ngày 2 lượt" và cuối tuần bệnh nhân báo cáo mức độ hoàn thành qua app. Những chiến lược này giúp bệnh nhân cảm thấy gắn kết và có trách nhiệm hơn với liệu trình từ xa.

Về hiệu quả lâm sàng, ngày càng nhiều bằng chứng ủng hộ tính khả thi và lợi ích của telehealth trong lĩnh vực này. Một nghiên cứu thực hiện trên phụ nữ bị tiểu không kiểm soát nhận thấy chương trình tập cơ sàn chậu qua telehealth có hiệu quả cải thiện tương đương trực tiếp, đặc biệt hữu ích cho nhóm bệnh nhân như phụ nữ sau điều trị ung thư vú, những người khó di chuyển đến phòng khám. Một tổng quan khác cũng kết luận telehealth mang lại cải thiện rõ rệt về triệu chứng tiết niệu, sức mạnh cơ và chất lượng sống, dù vẫn cần thêm nghiên cứu dài hạn. Tất nhiên, telehealth không phải không có giới hạn: một số bệnh nhân cao tuổi hoặc ít hiểu biết công nghệ có thể gặp khó khăn khi sử dụng; hoặc một số người đơn giản thấy thiếu kết nối trực tiếp nên không thích phương thức này. Do đó, không nên ép buộc mọi bệnh nhân phải dùng telehealth, mà nên đánh giá cá nhân hóa: ai phù hợp thì áp dụng, ai không thì vẫn bố trí lịch trực tiếp. Trong nhiều trường hợp, kết hợp linh hoạt là chìa khóa – ví dụ, bệnh nhân đến khám trực tiếp 1 – 2 buổi đầu, sau đó theo dõi qua video 4 buổi, rồi tái khám trực tiếp để đánh giá lại, v.v.

Cũng cần chuẩn bị sẵn kế hoạch dự phòng cho các tình huống telehealth: như nếu đang video call mà mất kết nối, sẽ liên lạc lại qua điện thoại; nếu bệnh nhân báo đau cấp tính trong buổi tập từ xa, cần hướng dẫn sơ cứu và khuyên họ đến khám trực tiếp sớm nhất; hoặc nếu phát hiện dấu hiệu bất

thường nguy hiểm (ví dụ nghi ngờ huyết khối tĩnh mạch sâu qua màn hình khi bệnh nhân tập chân), phải ngừng buổi tập và hướng dẫn bệnh nhân đi cấp cứu. Như vậy, chuyên viên làm telehealth cần phản xạ linh hoạt và kỹ năng xử lý tình huống từ xa tốt.

Về phương diện quản lý, telehealth đặt ra các vấn đề về pháp lý và thanh toán. Ở nhiều quốc gia, việc hành nghề qua mạng đòi hỏi chuyên viên có chứng chỉ hành nghề hợp lệ tại địa phương bệnh nhân cư trú (để tránh vi phạm quy định lãnh thổ). Ngoài ra, hệ thống bảo hiểm y tế cũng cần có mã thanh toán cho dịch vụ từ xa để bệnh nhân được chi trả. May mắn thay, xu hướng chung là ngày càng có nhiều chính sách hỗ trợ telehealth, đặc biệt sau COVID – 19. Các hiệp hội vật lý trị liệu cũng đưa ra hướng dẫn thực hành telehealth để đảm bảo chất lượng tương đương trực tiếp.

Tổng kết lại, chăm sóc từ xa trong phục hồi chức năng sàn chậu là một giải pháp đầy tiềm năng giúp mở rộng tiếp cận dịch vụ cho người bệnh, đồng thời duy trì chất lượng điều trị. Bằng chứng hiện tại cho thấy nếu được triển khai bài bản, telehealth có thể hiệu quả không kém gặp trực tiếp, trong khi tiện lợi hơn cho bệnh nhân. Để ứng dụng thành công, cần lựa chọn đúng trường hợp, đảm bảo yếu tố kỹ thuật và bảo mật, cũng như kết hợp hài hòa với các buổi trị liệu trực tiếp khi cần thiết. Cuối cùng, mục tiêu vẫn là cung cấp cho bệnh nhân dịch vụ chăm sóc tốt nhất – bất kể là qua màn hình hay tại phòng khám – giúp họ hồi phục sức khỏe sàn chậu và nâng cao chất lượng cuộc sống. Với sự phát triển của công nghệ và kinh nghiệm tích lũy, telehealth hứa hẹn sẽ ngày càng trở thành một phần không thể thiếu của lộ trình chăm sóc liên ngành và theo dõi trong lĩnh vực này.

Chương 15 Bối cảnh đặc thù – Special Populations

Trong phục hồi chức năng sàn chậu, một số nhóm bệnh nhân có đặc điểm riêng đòi hỏi lưu ý đặc thù trong đánh giá và điều trị. Chương này trình bày 5 nhóm đối tượng đặc biệt – thai kỳ & hậu sản, vận động viên nữ, người cao tuổi và tình trạng dễ tổn thương (frailty), bệnh nhân có bệnh nền (COPD, béo phì, rối loạn mô liên kết), và bệnh nhân trong giai đoạn trước/sau phẫu thuật. Mỗi mục sẽ phân tích những thay đổi sinh lý liên quan, tác động lên chức năng sàn chậu, và khuyến nghị can thiệp phù hợp.

15.1 Thai kỳ & hậu sản – Pregnancy & postpartum

Thay đổi giải phẫu – sinh lý trong thai kỳ và sau sinh: Cơ thể người phụ nữ trải qua những biến đổi sâu sắc khi mang thai và sinh con. Khi thai phát triển, tử cung tăng kích thước và trọng lượng gây áp lực lên sàn chậu, cùng với sự tăng sinh mạch máu và giữ nước làm các mô vùng chậu mềm và phù hơn. Nội tiết tố thai kỳ (đặc biệt là relaxin và progesterone) làm dây chằng và cơ trở nên giãn hơn, các khớp vùng chậu (khớp mu, cùng – chậu) lỏng hơn để chuẩn bị cho cuộc sinh. Cùng lúc đó, các cơ bụng bị căng giãn dần, thường dẫn đến tình trạng tách cơ thẳng bụng (diastasis recti) vào cuối thai kỳ. Trong tam cá nguyệt thứ ba, gần 24 – 42% phụ nữ bắt đầu có triệu chứng của sa tạng chậu hoặc rối loạn tiểu/đại tiện do áp lực của thai lên các cơ quan vùng chậu. Ngoài ra, khoảng 45% thai phụ bị đau vùng đai chậu hoặc thắt lưng, và 48% cảm thấy căng thẳng tâm lý vì các triệu chứng liên quan đến sàn chậu trong thai kỳ.

Đối với cuộc sinh, đặc biệt là sinh thường ngả âm đạo, sàn chậu phải chịu lực căng trải cực lớn (các nghiên cứu ước tính cơ sàn chậu có thể bị kéo dãn gấp hơn 3 lần chiều dài ban đầu khi sinh thường). Quá trình rặn đẻ và em bé đi qua sàn chậu có thể gây rách tầng sinh môn hoặc phải rạch (cắt tầng sinh môn), tổn thương trực tiếp cơ và mô liên kết vùng đáy chậu. Thần kinh thẹn và các nhánh thần kinh kiểm soát sàn chậu cũng có thể bị chèn ép hoặc kéo căng, gây giảm dẫn truyền thần kinh tạm thời. Ngay cả sinh mổ, tuy tránh được tổn thương tầng sinh môn, nhưng việc mang thai và chuyển dạ trước đó cũng đã

ảnh hưởng đến cơ sàn chậu và cơ bụng; thêm vào đó, vết mổ bụng có thể làm giảm chức năng cơ bụng trong giai đoạn hồi phục, gián tiếp ảnh hưởng việc hỗ trợ sàn chậu.

Sau sinh, người phụ nữ bước vào giai đoạn hậu sản với nhiều thay đổi mới. Ngay sau cuộc sinh, các mô sàn chậu còn giãn và phù nề, có thể kèm tổn thương chưa lành hẳn (ví dụ vết khâu tầng sinh môn). Nồng độ estrogen giảm mạnh sau khi thai nhi sổ ra, đặc biệt ở những phụ nữ cho con bú (do prolactin cao ức chế sản xuất estrogen). Tình trạng thiếu hụt estrogen hậu sản này gây khô âm đạo, niêm mạc âm đạo mỏng và kém đàn hồi tạm thời, tương tự như một giai đoạn "mãn kinh mini" trong khi cho con bú. Sự suy giảm estrogen khiến cơ và mô liên kết sàn chậu giảm độ săn chắc, giảm tổng hợp collagen, do đó sức bền của hệ thống nâng đỡ vùng chậu cũng suy giảm. Đồng thời, sản phụ thường phải bế ẵm trẻ sơ sinh, cúi nâng vật dụng, và có thể ho hoặc hắt hơi nhiều (nếu có tình trạng viêm đường hô hấp) – tất cả những hoạt động này khi thực hiện trên một nền sàn chậu đang yếu đều dễ gây ra triệu chứng lâm sàng.

Tác động lên chức năng sàn chậu: Những thay đổi trên dẫn đến nguy cơ cao rối loạn chức năng sàn chậu trong và sau thai kỳ. Thường gặp nhất là chứng tiểu không kiểm soát (đặc biệt là tiểu không kiểm soát gắng sức – són tiểu khi ho, hắt hơi, gắng sức). Nhiều phụ nữ bắt đầu bị són tiểu ngay từ quý 3 thai kỳ do tử cung đè lên bàng quang và sàn chậu suy yếu; tỷ lệ này tăng cao sau sinh, với khoảng 1/3 phụ nữ vẫn còn bị tiểu không tự chủ trong 6 tuần đến 12 tháng sau sinh. Nếu không can thiệp, khoảng 20 – 30% phụ nữ sau sinh vẫn tiếp tục có triệu chứng són tiểu dai dẳng nhiều năm sau đó. Bên cạnh tiểu không kiểm soát, sa tạng chậu cũng là một hệ quả tiềm tàng: thành trước âm đạo, bàng quang hoặc tử cung có thể sa xuống do các cấu trúc nâng đỡ bị kéo giãn quá mức khi sinh. Một khảo sát ghi nhận 6 – 12 tháng sau sinh, tỷ lệ sa cơ quan vùng chậu độ nhẹ (độ 1 – 2) có thể lên tới 30 – 40%, tuy đa phần không gây triệu chứng nặng và có khuynh hướng cải thiện một phần theo thời gian. Tuy nhiên, một số trường hợp sa độ nặng hoặc triệu chứng rõ (cảm giác nặng tức âm hộ, khối sa lồi ra) sẽ cần được quan tâm điều trị sớm.

Mặt khác, chấn thương sản khoa nặng như rách cơ thắt hậu môn (rách tầng sinh môn độ 3 – 4) có thể dẫn đến đại tiện không tự chủ sau sinh. Dù biến cố này ít phổ biến hơn (khoảng 3 – 5% các ca sinh thường có rách cơ thắt hậu môn), hậu quả của nó rất ảnh hưởng chất lượng sống nếu không được phục hồi đúng cách: sản phụ có thể bị són hơi, són phân, hoặc mất tự chủ khi đại tiện. Ngoài ra, hội chứng đau vùng chậu mạn tính sau sinh cũng có thể gặp, do sẹo tầng sinh môn đau hoặc co thắt cơ sàn chậu do bảo vệ sau chấn thương. Giảm ham muốn hoặc đau khi giao hợp (dyspareunia) cũng thường thấy ở giai đoạn hậu sản, do kết hợp các yếu tố: giảm estrogen gây khô âm đạo, sẹo hoặc thương tổn mô mềm, và trương lực cơ sàn chậu thay đổi.

Nhìn chung, ở đa số phụ nữ, các triệu chứng rối loạn sàn chậu sau sinh sẽ cải thiện dần trong năm đầu nếu biết chăm sóc thích hợp. Tuy nhiên, cũng có nhiều trường hợp các vấn đề này kéo dài dai dẳng nhiều năm, ảnh hưởng đến thể chất, sinh hoạt xã hội, sức khỏe tinh thần và đời sống tình dục của người phụ nữ. Đáng lưu ý, nhiều triệu chứng có thể không biểu hiện rõ trong giai đoạn ở cữ (do mẹ còn hạn chế vận động), mà chỉ bộc lộ khi người mẹ trở lại các hoạt động thể chất nặng hơn hoặc chơi thể thao sau sinh. Vì vậy, việc theo dõi và tầm soát chức năng sàn chậu định kỳ trong và sau sinh là rất quan trọng, nhằm phát hiện sớm và can thiệp kịp thời.

Can thiệp an toàn: giáo dục, bài tập phù hợp, theo dõi sau sinh: Can thiệp phục hồi chức năng sàn chậu cho nhóm thai kỳ và hậu sản tập trung vào nguyên tắc an toàn, sớm và toàn diện. Trước hết, giáo dục là then chốt: Phụ nữ mang thai cần được hướng dẫn về vai trò của sàn chậu, những thay đổi bình thường và bất thường có thể xảy ra trong thai kỳ và sau sinh. Việc hiểu biết giúp họ chủ động hơn trong phòng ngừa và tìm kiếm hỗ trợ. Chẳng hạn, thai phụ nên biết cách tập co cơ sàn chậu (bài tập Kegel) đúng kỹ thuật ngay từ giữa thai kỳ – các nghiên cứu cho thấy tập Kegel trong thai kỳ giúp giảm nguy cơ són tiểu sau sinh và nên được xem là biện pháp dự phòng thường quy. Bên cạnh đó, họ cần được dạy về tư thế và kỹ thuật nâng vật an toàn (khụyu gối, giữ thẳng lưng, tránh gập người đột ngột) để giảm áp lực lên bụng và đáy chậu. Trong quá trình chuyển dạ, sản phụ và gia đình cũng nên được tư vấn về

các lựa chọn giảm thiểu chấn thương sàn chậu (ví dụ: massage tầng sinh môn trước sinh, chọn tư thế sinh phù hợp, tránh rặn kéo dài quá mức nếu có thể).

Sau sinh, theo dõi hậu sản gồm đánh giá sàn chậu là bước không thể thiếu. Tại nhiều nước, việc khám kiểm tra sàn chậu sau sinh đã trở thành chuẩn mực chăm sóc. Ví dụ, ở Pháp, tất cả phụ nữ sau sinh đều nhận được đơn thuốc cho 10 buổi vật lý trị liệu phục hồi cơ bụng và sàn chậu. Tại buổi khám 6 – 8 tuần hậu sản, bên cạnh đánh giá sản – dịch, vết khâu… bác sĩ nên hỏi sản phụ về việc tiểu tiện, đại tiện, cảm giác sa trễ hay đau vùng chậu. Nếu có dấu hiệu bất thường, cần chỉ định tập phục hồi chức năng sàn chậu hoặc giới thiệu đến chuyên gia vật lý trị liệu sàn chậu sớm, thay vì chờ đợi tự khỏi. Nikki J. Ron, chuyên gia VLTJI sàn chậu tại Mayo Clinic, nhấn mạnh rằng điều trị vật lý trị liệu sớm trong giai đoạn hậu sản giúp giảm các triệu chứng PFD và ngăn ngừa di chứng lâu dài, và phụ nữ sau sinh không nên phải chờ đến khi vấn đề nghiêm trọng mới được chăm sóc.

Về bài tập và hoạt động thể chất phù hợp, trong thai kỳ việc tập luyện cần được điều chỉnh nhưng không phải kiêng hoàn toàn. Thai phụ nên duy trì vận động mức độ trung bình ~150 phút/tuần (như đi bộ, bơi lội, yoga trước sinh) nếu không có chống chỉ định sản khoa, nhằm duy trì sức mạnh cơ bắp và sức bền. Các bài tập trọng tâm nên gồm: bài tập co cơ sàn chậu (mỗi ngày thực hiện nhiều lần, mỗi lần co giữ 5 – 10 giây), bài tập cơ bụng ngang và cơ lưng nhẹ nhàng (giúp hỗ trợ cột sống và vùng chậu), bài tập giãn cơ nhẹ (đặc biệt nhóm cơ hông, lưng). Tránh các bài tập áp lực cao như nhảy, chạy cự ly dài hoặc mang vác nặng trong tam cá nguyệt 2 và 3, do có nguy cơ gây quá tải lên khớp và
sàn chậu.

Sau sinh, việc tập luyện nên tiến hành theo tiến trình tăng dần phù hợp với mức độ hồi phục cơ thể từng người. Trong 6 tuần đầu sau sinh (giai đoạn hậu sản cấp), mục tiêu chính là giúp cơ thể hồi phục tự nhiên: sản phụ nên bắt đầu với các bài tập hô hấp và kích hoạt nhẹ. Ví dụ, ngay ngày đầu sau sinh (nếu sinh thường không biến chứng), sản phụ có thể thực hành co nhẹ cơ sàn chậu

và cơ bụng ngang cùng với nhịp thở bụng – những động tác rất nhẹ nhàng này giúp tăng cường lưu thông máu, giảm phù nề và nhận biết lại cảm giác của cơ. Lưu ý: nếu có vết rách tầng sinh môn độ 3 – 4 hoặc phẫu thuật vùng tầng sinh môn phức tạp, cần hỏi ý kiến bác sĩ trước khi bắt đầu các bài tập co cơ sàn chậu sớm. Sang tuần 2 – 6 sau sinh, có thể tăng dần số lần tập co cơ sàn chậu mỗi ngày (ví dụ 3 – 4 lần/ngày, mỗi lần 10 nhịp co chậm và 10 nhịp co nhanh), kết hợp bài tập phục hồi cơ cốt lõi khác như bài tập kegel đảo ngược (thả lỏng cơ sàn chậu hoàn toàn, giúp tránh co thắt quá mức), bài tập nghiêng xương chậu, bridge (nâng mông) nhẹ nếu cơ thể cho phép.

Sau khi khám hậu sản 6 – 8 tuần và được bác sĩ đồng ý, sản phụ có thể bắt đầu quay lại hoạt động thể dục có kiểm soát. Giai đoạn 2 – 3 tháng sau sinh nên tập trung vào tăng sức mạnh dần dần: tập trung tập trung nhóm cơ trung tâm (core) bao gồm cơ bụng, cơ lưng và cơ sàn chậu cùng lúc, ví dụ bài tập plank biến thể nhẹ, bài tập tư thế con chim – chó (bird – dog) để cải thiện sự phối hợp core và sàn chậu. Nếu có điều kiện, vật lý trị liệu sàn chậu cá nhân sẽ rất hữu ích trong giai đoạn này, giúp đánh giá độ co bóp của cơ sàn chậu, hướng dẫn kỹ thuật tập đúng và an toàn, cũng như sử dụng các phương pháp như phản hồi sinh học (biofeedback) hoặc kích thích điện (nếu cơ quá yếu không tự co được). Từ tháng thứ 3 trở đi, tùy mức hồi phục, sản phụ có thể dần dần trở lại các bài tập cường độ cao hơn (như chạy bộ, aerobic, nâng tạ nhẹ) nhưng cần lưu ý lắng nghe cơ thể. Nhiều hướng dẫn quốc tế khuyến cáo nên đợi khoảng 12 tuần sau sinh mới bắt đầu chạy bộ hoặc tập nặng, do sàn chậu cần đủ thời gian lành và khỏe lại để chịu tải trọng cao.

Cuối cùng, cần tiếp tục theo dõi lâu dài sức khỏe sàn chậu cho phụ nữ sau sinh. Ngay cả khi các triệu chứng ban đầu đã hết, người phụ nữ vẫn nên duy trì thói quen tập Kegel hàng ngày như một phần của sinh hoạt, tương tự như tập thể dục cho bất kỳ nhóm cơ nào khác. Khi quay lại công việc và chăm sóc con, nên thực hành các thói quen tốt: tránh nhịn tiểu quá lâu, tránh rặn mạnh khi đi vệ sinh, kiểm soát ho táo bón. Nếu có kế hoạch mang thai lần nữa, càng cần duy trì nền tảng cơ sàn chậu tốt. Sự chủ động của người phụ nữ kết hợp

với hỗ trợ của nhân viên y tế sẽ giúp giảm thiểu tác động tiêu cực của thai kỳ và sinh nở lên chức năng sàn chậu, đảm bảo chất lượng cuộc sống tốt sau sinh.

15.2 Vận động viên & thể thao tác động – Athletes & impact sports

Nguy cơ rối loạn sàn chậu ở nữ vận động viên: Rối loạn chức năng sàn chậu không chỉ ảnh hưởng phụ nữ sau sinh hoặc lớn tuổi, mà còn xảy ra ở cả những vận động viên nữ trẻ, chưa từng sinh con. Ngày càng nhiều nghiên cứu chỉ ra PFD là một vấn đề thường gặp nhưng bị bỏ qua trong y học thể thao nữ. Ước tính có khoảng 40 – 60% phụ nữ nói chung sẽ gặp một dạng rối loạn sàn chậu nào đó trong đời, nhưng ở nhóm vận động viên, các triệu chứng này thường ít được báo cáo và do đó ít được can thiệp kịp thời. Một biểu hiện điển hình là tiểu không kiểm soát gắng sức khi tập luyện hoặc thi đấu – ví dụ, són tiểu khi nhảy bật, chạy nước rút hoặc nâng tạ nặng. Tình trạng này xảy ra ngay cả ở các vận động viên trẻ chưa sinh nở, do hoạt động thể thao cường độ cao gây áp lực liên tục lên sàn chậu. Các nghiên cứu cho thấy vận động viên nữ có nguy cơ bị són tiểu cao gấp khoảng 3 lần so với nhóm phụ nữ không hoạt động thể thao. Tỷ lệ chung của rối loạn sàn chậu (bao gồm tiểu không kiểm soát, sa tạng chậu, đau chậu…) ở nhóm vận động viên có thể lên đến 33%, trong đó tỷ lệ ở nữ giới khoảng 45% (so với chỉ ~15% ở nam giới). Đặc biệt, các môn thể thao chịu tác động mạnh (impact sports) có tỷ lệ PFD cao nhất. "Tác động mạnh" được hiểu là các hoạt động tạo áp lực tải trọng lớn lên cơ thể, chẳng hạn động tác nhảy tiếp đất, chạy nước rút hoặc nâng tạ nặng đều làm tăng áp lực ổ bụng đột ngột truyền tới sàn chậu. Một tổng quan đã ghi nhận tỷ lệ són tiểu ở nữ vận động viên dao động từ 5% đến 80% tùy môn thể thao, cao nhất trong các môn có nhiều động tác nhảy. Cụ thể, các môn như nhảy trampoline, thể dục dụng cụ, bóng chuyền, bóng rổ, chạy đường dài, cử tạ nằm trong nhóm có nguy cơ són tiểu cao nhất – ví dụ khảo sát cho thấy khoảng 72 – 75% vận động viên bóng chuyền và trampoline từng bị són tiểu khi chơi thể thao. Các chuyển động nhảy liên tục và tiếp đất cường độ cao (impact grade 3) có thể tạo lực bằng hơn 4 lần trọng lượng cơ thể dội lên sàn chậu, vượt quá khả năng co phản xạ của cơ và gây rò rỉ nước tiểu.

Không chỉ nhảy và chạy, ngay cả môn thể thao dùng sức mạnh tĩnh như cử tạ, crossfit cũng đặt sàn chậu trước thử thách lớn. Khi nâng tạ nặng, vận động viên thường vô thức nín thở (động tác Valsalva) để ổn định thân người – điều này làm áp lực nội bụng tăng cao đột ngột, đẩy các tạng xuống dưới. Nếu cơ sàn chậu không đủ khỏe để phản ứng kịp, hậu quả là són tiểu hoặc thậm chí sa tạng chậu theo thời gian. Quả thật, nghiên cứu cho thấy nhóm nữ vận động viên cử tạ, powerlifting có tỷ lệ són tiểu đáng kể và thường xuyên phải mang băng vệ sinh khi tập luyện nặng. Ngoài ra, việc tập luyện quá mức có thể dẫn đến mất cân bằng cơ: một số vận động viên có cơ sàn chậu ở trạng thái căng cứng quá mức (overactive) do luôn gồng mình, gây đau vùng chậu hoặc khó thả lỏng khi tiểu tiện, đại tiện.

Cân bằng giữa hiệu suất và bảo vệ sàn chậu: Thách thức lớn trong quản lý PFD ở vận động viên là làm sao đảm bảo thành tích và cường độ tập luyện mà vẫn bảo vệ được sàn chậu. Nhiều vận động viên chấp nhận chịu đựng triệu chứng như són tiểu nhẹ khi thi đấu, coi đó là "cái giá phải trả" cho thành tích. Tuy nhiên, việc phớt lờ các dấu hiệu này có thể dẫn đến hệ quả lâu dài: triệu chứng có xu hướng nặng dần (són tiểu có thể từ vài giọt tiến triển thành ướt nhiều, sa tạng chậu tiến triển qua các độ), thậm chí buộc vận động viên phải giảm cường độ hoặc giải nghệ sớm để điều trị. Hơn nữa, yếu tố tâm lý không thể xem nhẹ – vận động viên bị són tiểu hoặc sa dọa có thể mất tự tin, luôn lo lắng về tai nạn rò rỉ trong lúc thi đấu, từ đó giảm tập trung và ảnh hưởng hiệu suất. Một số người vì xấu hổ đã hạn chế uống nước trước thi đấu để giảm nguy cơ són tiểu, nhưng điều này lại tiềm ẩn nguy cơ mất nước, chuột rút, giảm sức bền. Do đó, việc cân bằng cần được đặt ra: vận động viên và huấn luyện viên cần hiểu rằng chăm sóc sàn chậu không làm giảm thành tích, mà ngược lại có thể cải thiện hiệu suất lâu dài bằng cách tạo nền tảng cơ thể khỏe mạnh và ổn định hơn.

Một khía cạnh quan trọng của cân bằng này là tích hợp huấn luyện sàn chậu vào chương trình tập luyện tổng thể của vận động viên. Cơ sàn chậu là một phần của "bộ tứ core" (gồm cơ hoành, cơ bụng ngang, cơ lưng sâu đa chia và cơ sàn chậu) giúp ổn định trung tâm cơ thể. Do đó, tăng cường sức mạnh và

khả năng phản xạ của sàn chậu sẽ hỗ trợ trực tiếp khả năng ổn định thân mình khi vận động viên nhảy, nâng hoặc thay đổi hướng di chuyển. Thực tế, nhiều vận động viên sau khi tập vật lý trị liệu sàn chậu báo cáo họ cảm thấy kiểm soát cơ thể tốt hơn, giảm hẳn hiện tượng "són" và không còn lo lắng khi thi đấu. Bên cạnh tập luyện, cần điều chỉnh kỹ thuật trong một số môn: ví dụ huấn luyện viên nên hướng dẫn vận động viên thở ra khi gắng sức (thay vì nín thở) để tránh tăng áp lực đột ngột – kỹ thuật này áp dụng khi nâng tạ hoặc thực hiện động tác dùng lực mạnh. Đối với môn nhảy, có thể dạy vận động viên tiếp đất bằng kỹ thuật giảm chấn (tiếp đất bằng mũi chân rồi đến gót, kết hợp hơi khuyu gối) để giảm xung lực dội lên sàn chậu. Ngoài ra, sử dụng trang phục hỗ trợ cũng giúp phần nào: mặc quần lót thể thao có độ nén (compression) tốt để nâng đỡ vùng bụng dưới, hoặc thậm chí sử dụng băng vệ sinh/tampon thể thao trong âm đạo khi thi đấu để tạo điểm tựa nâng nhẹ bàng quang và niệu đạo (một số nghiên cứu thử nghiệm dùng tampon như một dạng pessary tạm thời để giảm són tiểu khi
vận động).

Khuyến nghị đánh giá và can thiệp: Để bảo vệ sức khỏe sàn chậu cho vận động viên, các chuyên gia khuyến cáo một số chiến lược can thiệp sau:

- Tầm soát định kỳ: Đưa câu hỏi về triệu chứng sàn chậu (như "Bạn có bị són tiểu khi ho, nhảy không?" hoặc "Có cảm giác nặng tức vùng âm đạo không?") vào các buổi khám sức khỏe định kỳ cho vận động viên nữ. Hiện nay, một số công cụ sàng lọc PFD cho vận động viên đang được phát triển (ví dụ bảng câu hỏi PFD – SIFF). Việc chủ động hỏi sẽ giúp phát hiện những trường hợp vận động viên thường giấu triệu chứng vì e ngại.
- Đánh giá chuyên sâu nếu có nghi ngờ: Khi một vận động viên có biểu hiện nghi ngờ PFD, nên được đánh giá bởi chuyên gia (bác sĩ phụ khoa, tiết niệu hoặc chuyên viên vật lý trị liệu sàn chậu). Đánh giá có thể bao gồm khám lâm sàng (đánh giá sức mạnh co cơ sàn chậu, độ sa tạng chậu), siêu âm hoặc đo áp lực nếu cần thiết để xác

định rõ
vấn đề.

- Chương trình tập phục hồi sàn chậu cá nhân hóa: Dựa trên kết quả đánh giá, xây dựng chương trình can thiệp phù hợp. Nếu cơ sàn chậu yếu và phản xạ kém – > tập trung tăng cường sức mạnh và phản xạ (tập Kegel có đối kháng, bài tập phản xạ co cơ sàn chậu khi ho/nảy gọi là "the Knack"). Nếu cơ sàn chậu quá căng (vận động viên đau vùng chậu, khó thư giãn) – > ưu tiên kỹ thuật giãn và thư giãn cơ (như tập thở cơ hoành, kỹ thuật giãn cơ vùng chậu, liệu pháp thư giãn). Nhiều VĐV có thể vừa yếu vừa căng cơ (một số sợi cơ yếu, một số sợi khác lại co thắt bù trừ) nên cần kết hợp cả hai chiến lược. Có thể ứng dụng phản hồi sinh học để giúp vận động viên nhận biết và điều khiển nhóm cơ này tốt hơn.
- Lồng ghép vào luyện tập thường nhật: Chương trình phục hồi sàn chậu cần được lồng ghép vào lịch tập của VĐV, tránh tách biệt gây thêm gánh nặng thời gian. Ví dụ: khởi động mỗi buổi tập có thể thêm vài phút tập Kegel; sau buổi tập chính thực hiện vài động tác giãn cơ sàn chậu. Huấn luyện viên thể lực nên phối hợp với chuyên gia phục hồi để đưa các bài tập core – pelvic (lõi – sàn chậu) vào giáo án, đảm bảo VĐV tập đúng kỹ thuật.
- Điều chỉnh khối lượng và hình thức tập: Trong một số trường hợp, tạm thời giảm bớt khối lượng bài tập gây triệu chứng để cơ sàn chậu có thời gian phục hồi. Ví dụ nếu VĐV chạy đường dài bị són tiểu ở km thứ 5 trở đi, có thể chia nhỏ quãng đường, tăng dần thể lực sàn chậu rồi mới tập lại quãng dài. Hoặc thay thế một phần buổi chạy bằng bơi/bike để giảm tải trọng lên sàn chậu trong giai đoạn đầu phục hồi. Mục tiêu không phải giảm cường độ vĩnh viễn, mà là cho sàn chậu thời gian thích nghi, sau đó quay lại mức cũ một cách an toàn.
- Hỗ trợ tâm lý và giáo dục: Tạo một môi trường cởi mở để vận động viên cảm thấy thoải mái trao đổi về vấn đề nhạy cảm này. Giải thích rằng PFD không phải điều gì đáng xấu hổ, và nó có thể điều trị. Hỗ

trợ tâm lý sẽ giúp giảm lo âu thi đấu liên quan đến PFD, từ đó cải thiện sự tập trung và tự tin.

Tóm lại, quan điểm hiện đại là phòng ngừa và quản lý PFD nên trở thành một phần của y học thể thao. Việc này đòi hỏi sự hợp tác đa ngành giữa bác sĩ thể thao, chuyên gia phục hồi chức năng sàn chậu, huấn luyện viên và bản thân vận động viên. Bằng cách đó, nữ vận động viên có thể vừa đạt thành tích cao, vừa duy trì sức khỏe lâu dài, tránh những di chứng sàn chậu về sau.

15.3 Người cao tuổi & tình trạng dễ tổn thương (frailty) – Older adults & frailty

Ảnh hưởng của lão hóa và suy giảm estrogen: Tuổi già mang đến nhiều thay đổi tác động trực tiếp lên hệ thống cơ và mô liên kết của sàn chậu. Từ sau mãn kinh, buồng trứng giảm sản xuất estrogen, dẫn đến thiếu hụt estrogen mạn tính. Estrogen vốn có vai trò duy trì tính đàn hồi của cơ và dây chằng vùng chậu; khi nồng độ giảm, cơ sàn chậu có khuynh hướng yếu dần, các dây chằng và cân cơ vùng đáy chậu cũng mất độ chắc và đàn hồi do giảm tổng hợp collagen. Thực tế, tình trạng này tương tự ở người phụ nữ cho con bú (hậu sản) nhưng mức độ nhẹ hơn; còn ở phụ nữ mãn kinh, đó là sự thay đổi vĩnh viễn. Hậu quả là các cơ quan vùng chậu dễ sa xuống hơn qua các năm tháng. Sa tạng chậu (bao gồm sa bàng quang, sa tử cung, sa trực tràng) là bệnh lý đặc trưng ở nhóm lớn tuổi: thống kê cho thấy có đến ≥40% phụ nữ cao tuổi bị sa tạng chậu ở mức độ nào đó. Sự lão hóa cũng đi kèm suy giảm sức mạnh cơ toàn thân (sarcopenia) – khối lượng và sức co cơ vân giảm dần ~1% mỗi năm sau tuổi trung niên. Cơ sàn chậu không ngoại lệ, nếu không được rèn luyện thường xuyên, sức co bóp tối đa và độ bền chắc của chúng sẽ giảm đi đáng kể khi tuổi tăng. Ngoài ra, người cao tuổi thường có xu hướng ít vận động hơn, có thể do bệnh tật hoặc lối sống, làm trầm trọng thêm sự suy yếu của cơ bắp.

Bên cạnh yếu tố sinh học, yếu tố cơ học tích lũy qua cuộc đời cũng góp phần. Hầu hết phụ nữ cao tuổi ngày nay sinh con trong giai đoạn mà chăm sóc sau sinh chưa chú trọng phục hồi sàn chậu; nhiều cụ bà có thể đã chịu tổn thương sàn chậu từ thời trẻ (qua sinh nở, lao động nặng) và di chứng tích tụ

đến về già mới bộc lộ rõ. Hơn nữa, lớn tuổi kéo theo nhiều bệnh lý mạn tính khác (tăng huyết áp, tiểu đường, thoái hóa khớp...) có thể ảnh hưởng gián tiếp: ví dụ viêm khớp gối nặng làm giảm khả năng vận động, yếu cơ vùng chậu – hông; hay tiểu đường kèm biến chứng thần kinh ngoại biên có thể ảnh hưởng chi phối thần kinh sàn chậu.

Frailty (tình trạng dễ tổn thương) là thuật ngữ chỉ trạng thái suy giảm toàn diện sức khỏe và khả năng dự trữ của cơ thể khi về già. Người bị frailty thường gầy yếu, giảm cân, sức cơ kém (như lực bóp tay yếu), đi lại chậm, dễ kiệt sức, và thường có nhiều bệnh kèm. Tình trạng này liên quan mật thiết với nguy cơ PFD: nghiên cứu cho thấy tỷ lệ hiện diện PFD ở người già yếu cao hơn hẳn so với người khỏe cùng lứa tuổi. Tuy vậy, do hạn chế thể chất và tinh thần, nhóm này là thách thức lớn trong việc điều trị phục hồi chức năng – các phương pháp điều trị chuẩn có thể phải điều chỉnh nhiều hoặc hiệu quả kém hơn.

Phối hợp bài tập tăng sức mạnh – thăng bằng – chức năng: Chiến lược phục hồi chức năng sàn chậu cho người cao tuổi cần mang tính toàn diện và đa mục tiêu. Không nên chỉ tập trung vào mỗi cơ sàn chậu một cách biệt lập, mà nên kết hợp huấn luyện sức mạnh, thăng bằng và chức năng vận động tổng thể – qua đó cải thiện sức khỏe chung, đồng thời hỗ trợ chức năng sàn chậu một cách
gián tiếp.

- Về tăng cường sức mạnh cơ bắp: cần xây dựng chương trình tập luyện bao gồm các bài tập sức đề kháng phù hợp với thể trạng người lớn tuổi. Bên cạnh tập Kegel cho cơ sàn chậu (vẫn là trọng tâm, thực hiện ít nhất 3 lần/tuần, mỗi lần 8 – 12 nhịp co kéo dài, theo khuyến cáo ICS), nên cho bệnh nhân tập cả các nhóm cơ vùng trung tâm và chi dưới như: bài tập cơ bụng, cơ lưng (giúp hỗ trợ cột sống và tư thế); bài tập cơ mông, cơ đùi (giúp việc đi đứng, nâng hạ an toàn hơn). Ví dụ, bài tập ngồi xuống ghế rồi đứng lên (chair stand) rất hữu ích: nó vừa tăng sức cơ đùi – mông, vừa có thể lồng ghép kỹ

thuật co sàn chậu *trước khi đứng dậy* – qua đó luyện cho bệnh nhân thói quen ứng dụng co cơ sàn chậu trong hoạt động thường nhật (giống kỹ thuật "the Knack"). Ngoài ra, tập với dụng cụ đơn giản như bóng tập, dây đàn hồi, tạ tay nhẹ có thể được sử dụng để tăng hứng thú và hiệu quả.

- Về cải thiện thăng bằng: nhiều nghiên cứu chỉ ra mối liên hệ giữa té ngã và tiểu không kiểm soát ở người già – một phần do người bệnh vội vã đi tiểu dễ trượt ngã, phần khác do cùng là hậu quả của suy giảm thể lực chung. Vì vậy, chương trình phục hồi nên bao gồm bài tập thăng bằng và linh hoạt. Ví dụ: tập đứng một chân, tập đi theo đường thẳng, bài tập giữ thăng bằng khi bước qua chướng ngại nhỏ, hay các động tác vươn tay lấy vật kết hợp giữ thăng bằng... Những bài tập này vừa giảm nguy cơ té ngã, vừa tăng khả năng kiểm soát tư thế khi người bệnh cần gấp rút vào nhà vệ sinh, giảm nguy cơ "thất bại"
  trên đường.
- Về bài tập chức năng: mục tiêu cuối cùng là cải thiện khả năng tự chăm sóc và chất lượng cuộc sống. Hãy lồng ghép các hoạt động hàng ngày vào phục hồi: tập luyện thao tác đứng lên ngồi xuống giường, đi bộ quãng ngắn trong nhà, leo vài bậc cầu thang (nếu an toàn), tập động tác rướn với lấy đồ trên cao... Những hoạt động này giúp bệnh nhân ứng dụng ngay sức mạnh và thăng bằng đã tập vào việc cải thiện sinh hoạt thực tế. Ví dụ, một bệnh nhân cao tuổi bị són tiểu có thể được hướng dẫn quy trình: thức dậy – đứng dậy chậm, dừng lại vài giây ổn định thăng bằng – co sàn chậu giữ – đi vào nhà vệ sinh. Luyện tập lặp đi lặp lại giúp hình thành phản xạ, giảm nguy cơ vừa mất thăng bằng vừa són tiểu khi vội.

Kết quả nghiên cứu cho thấy cách tiếp cận đa thành phần như trên mang lại hiệu quả đáng kể trong kiểm soát tiểu không tự chủ ở người cao tuổi: kết hợp tập cơ sàn chậu với điều chỉnh lối sống, bài tập vận động chung và dinh dưỡng hợp lý giúp cải thiện triệu chứng rõ rệt hơn so với chỉ tập Kegel đơn thuần.

Thêm vào đó, các bài tập toàn thân còn chống lại quá trình thoái hóa cơ xương (sarcopenia), cải thiện tuần hoàn, giấc ngủ và tâm trạng cho người lớn tuổi.

Lưu ý về an toàn, hỗ trợ dụng cụ nếu cần: Khi tập luyện cho người cao tuổi, an toàn luôn đặt lên hàng đầu. Trước tiên, cần đánh giá y tế toàn diện: kiểm tra huyết áp, tim mạch, thị lực, tình trạng xương khớp... và tham vấn bác sĩ điều trị để xác định giới hạn tập luyện. Trong quá trình tập, luôn có người giám sát hoặc hỗ trợ, đặc biệt ở bệnh nhân già yếu. Sử dụng dụng cụ hỗ trợ nếu cần thiết: ví dụ, cho bệnh nhân vịn tay vào ghế hoặc song song cố định khi tập đứng một chân; dùng khung tập đi (walker) để hỗ trợ khi tập đi bộ; đặt ghế tựa sau lưng khi tập ngồi xuống đứng lên để đề phòng mất thăng bằng. Sàn tập nên khô ráo, không trơn trượt; bệnh nhân mang giày đế mềm chống trượt. Với những người bị suy giảm nhận thức hoặc sa sút trí tuệ, nên có người nhà tham gia hỗ trợ tập, và ưu tiên các bài tập đơn giản lặp đi lặp lại, hoặc các chương trình nhắc nhở đi vệ sinh theo giờ (timed voiding, prompted voiding) thay vì đòi hỏi họ phải nhớ tập Kegel chủ động (vì khả năng tuân thủ kém).

Ngoài ra, cần lưu ý các biện pháp hỗ trợ khác song song với phục hồi chức năng ở người cao tuổi:

- Dinh dưỡng: Đảm bảo chế độ ăn đủ đạm (protein) để chống mất cơ, bổ sung vitamin D và canxi nếu cần cho sức khỏe xương, và chất xơ + nước đầy đủ để tránh táo bón (táo bón mạn tính là một yếu tố góp phần gây sa sàn chậu, tiểu không tự chủ ở người già do phải rặn nhiều). Tránh uống quá nhiều nước gần giờ đi ngủ để giảm tiểu đêm, nhưng cũng không nên hạn chế quá mức gây mất nước.
- Điều trị bệnh nền: Kiểm soát tốt các bệnh như Parkinson, sau đột quỵ, COPD, tiểu đường... vì nếu các bệnh này được điều trị tối ưu thì khả năng tập luyện và chức năng sàn chậu cũng cải thiện theo. Thí dụ, bệnh nhân Parkinson đã ổn định trên thuốc sẽ dễ học và thực hành bài tập sàn chậu hơn, và thực tế họ vẫn có thể cải thiện rõ rệt triệu chứng nếu tập luyện kiên trì.

- Dụng cụ hỗ trợ tiểu tiện, sinh hoạt: Với người tiểu không kiểm soát nặng, có thể cần mang bỉm/quần đóng để đảm bảo vệ sinh và tự tin khi tập luyện. Tuy nhiên, vẫn khuyến khích song song tập luyện chứ không nên ỷ lại hoàn toàn vào bỉm. Đối với sa tạng chậu ở phụ nữ lớn tuổi không thể phẫu thuật (do sức khỏe yếu hoặc không muốn phẫu thuật), có thể sử dụng vòng nâng âm đạo (pessary) kết hợp với tập Kegel để kiểm soát triệu chứng sa tử cung, sa bàng quang. Pessary cần được bác sĩ đặt và hướng dẫn chăm sóc đúng cách, và định kỳ kiểm tra để tránh biến chứng.
- Liệu pháp hormone tại chỗ: Để cải thiện tình trạng teo niêm mạc âm đạo và niệu đạo do thiếu estrogen, bác sĩ có thể kê kem hoặc viên estrogen đặt âm đạo liều thấp. Việc này giúp niêm mạc dày hơn, tăng tưới máu, có thể giảm bớt triệu chứng tiểu gấp, tiểu buốt và cải thiện môi trường âm đạo (giảm nguy cơ nhiễm trùng niệu sinh dục tái phát). Phối hợp tập Kegel với liệu pháp estrogen tại chỗ thường cho kết quả tốt hơn so với chỉ tập hoặc chỉ dùng thuốc.

Tóm lại, chăm sóc nhóm bệnh nhân cao tuổi đòi hỏi cái nhìn toàn diện và kiên nhẫn. Mục tiêu không chỉ là giảm triệu chứng PFD mà còn giúp họ duy trì cuộc sống độc lập, an toàn. Nguyên tắc "dùng nó hoặc mất nó" rất đúng ở đây: dù tuổi cao, việc tập luyện phù hợp vẫn mang lại lợi ích – nhiều nghiên cứu cho thấy người 70 – 80 tuổi nếu tập cơ sàn chậu đầy đủ vẫn cải thiện được tiểu không tự chủ và chất lượng sống tương đương nhóm trung niên, miễn là họ có thể thực hiện đúng bài tập và duy trì đều đặn. Vì vậy, đội ngũ y tế cần động viên, hỗ trợ và điều chỉnh linh hoạt để người bệnh cao tuổi có thể tham gia phục hồi chức năng một cách an toàn và hiệu quả nhất.

15.4 Bệnh nền: COPD, béo phì, rối loạn mô liên kết – Comorbidities: COPD, obesity, CTDs

Nhiều bệnh lý nền hoặc tình trạng sức khỏe có thể tác động gián tiếp nhưng đáng kể lên chức năng sàn chậu. Hiểu rõ cơ chế ảnh hưởng giúp chúng ta điều chỉnh chương trình tập luyện và lối sống cho phù hợp từng cá nhân. Dưới đây là ba ví dụ tiêu biểu và hướng dẫn can thiệp:

- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD): Triệu chứng đặc trưng là ho mạn tính và khó thở, làm bệnh nhân thường xuyên phải tăng áp lực ổ bụng mỗi khi ho. Những đợt ho lặp đi lặp lại này giống như những "vi chấn thương" lên sàn chậu: thành bụng co mạnh đẩy cơ hoành lên trên và ép xuống các tạng, khiến sàn chậu bị dồn áp lực đột ngột. Lâu dần, sàn chậu suy yếu và bệnh nhân dễ bị tiểu không kiểm soát do ho (stress incontinence). Ngoài ra, nhiều người COPD phải gắng sức khi thở, cơ hoành bị cố định ở vị trí thấp (do phổi ứ khí) làm giảm sự phối hợp nhịp nhàng với cơ sàn chậu. Khuyến nghị: Cần lồng ghép phục hồi chức năng hô hấp và sàn chậu. Hướng dẫn bệnh nhân kỹ thuật ho hiệu quả, chẳng hạn kỹ thuật "The Knack": co thắt sàn chậu trước khi ho hoặc hắt hơi – điều này giúp niệu đạo được nâng đỡ và giảm són tiểu khi ho. Tập thở cơ hoành để thư giãn cơ hoành và giảm áp lực xuống chậu khi nghỉ. Khi bệnh nhân tham gia bài tập aerobic nhẹ (ví dụ đi bộ), chú ý nhắc họ thở ra đều đặn, không nín thở. Về bài tập Kegel, có thể hướng dẫn bệnh nhân COPD tập ở tư thế ngồi hoặc nằm đầu cao để dễ thở hơn. Nếu ho nhiều đờm, nên điều trị tối ưu nguyên nhân hô hấp (thuốc dãn phế quản, dẫn lưu đờm) trước khi tập nặng. Ngoài ra, cân nhắc dụng cụ hỗ trợ: đai bụng nhẹ có thể giúp bệnh nhân cảm giác an toàn vùng bụng khi ho mạnh (nhưng không đeo quá chặt gây cản trở thở). Cuối cùng, giáo dục tránh các yếu tố kích thích ho (như bỏ thuốc lá, tránh khói bụi) cũng là một phần của kế hoạch toàn diện.
- Béo phì: Thừa cân – béo phì là một yếu tố nguy cơ hàng đầu cho rối loạn sàn chậu. Vòng bụng lớn tạo ra một lực nén liên tục lên đáy chậu, tương tự như mang một "trọng lượng dư thừa" mọi lúc. Kết quả là cơ và mô nâng đỡ sàn chậu bị quá tải mạn tính, dần dần suy yếu và giãn ra. Phụ nữ béo phì có tỷ lệ tiểu không kiểm soát và sa tạng chậu cao hơn hẳn so với phụ nữ cân nặng bình thường. Béo phì cũng thường đi kèm lối sống ít vận động, khiến cơ sàn chậu càng yếu thêm do không được tập luyện. Ngoài ra, béo bụng nội tạng có thể liên quan hội chứng chuyển hóa, viêm mạn tính, làm giảm chất

lượng mô liên kết toàn thân. Khuyến nghị: Giảm cân là mục tiêu quan trọng. Giảm dù 5% trọng lượng cũng đã cho thấy giúp giảm rõ rệt nguy cơ và mức độ tiểu không kiểm soát. Do đó, cần tư vấn chế độ ăn hợp lý, kết hợp với tăng hoạt động thể lực an toàn. Lưu ý chọn bài tập giảm tải trọng lên sàn chậu: ví dụ bơi lội, đạp xe, tập dưới nước là lý tưởng vì nước nâng đỡ cơ thể, giảm áp lực trọng lực lên khớp và sàn chậu. Tránh để bệnh nhân béo phì nhảy hoặc chạy ngay từ đầu chương trình tập vì dễ gây tổn thương khớp và quá sức cho sàn chậu. Thay vào đó, bắt đầu bằng đi bộ quãng ngắn tăng dần, tập sức mạnh nhẹ nhàng tại chỗ (như squat nông, cầu mông – glute bridge trên thảm). Đương nhiên, bài tập Kegel vẫn cần thực hiện, đôi khi gặp khó khăn do mỡ vùng tầng sinh môn nhiều làm khó cảm nhận – có thể sử dụng phản hồi sinh học hoặc dụng cụ tập (như biofeedback hoặc thiết bị điện kích thích) để hỗ trợ bệnh nhân cảm giác được cơ. Song song, quản lý các tình trạng đi kèm: ví dụ nhiều người béo phì bị ngưng thở khi ngủ gây ho hoặc tiểu đêm nhiều, cần điều trị để giảm gánh nặng cho sàn chậu. Trong sinh hoạt hàng ngày, hướng dẫn bệnh nhân tránh mang vác nặng, tránh rặn mạnh khi đi tiêu (dùng thêm thuốc làm mềm phân nếu cần). Nếu bệnh nhân quá cân (BMI > 40) và có PFD nặng, đôi khi việc phẫu thuật giảm cân được xem xét như một biện pháp giúp giảm nhanh các triệu chứng – nghiên cứu cho thấy cải thiện lớn về tiểu không kiểm soát, sa tạng chậu sau khi giảm cân phẫu thuật.

- Rối loạn mô liên kết (Connective tissue disorders – CTDs): Các bệnh lý di truyền như hội chứng Ehlers – Danlos (EDS), hội chứng Marfan... gây khiếm khuyết về collagen hoặc cấu trúc mô liên kết, làm toàn bộ hệ thống dây chằng, gân, da trở nên đàn hồi quá mức và kém bền vững. Ở những bệnh nhân này, sàn chậu cũng bị ảnh hưởng: dây chằng tử cung, dây chằng bàng quang yếu, tổ chức mô mềm vùng đáy chậu dễ giãn. Do đó họ có nguy cơ sa các cơ quan vùng chậu sớm (thậm chí ở tuổi 20 – 30, chưa mang thai) và tiểu không kiểm soát do niệu đạo không được nâng đỡ tốt. Ngoài ra,

bệnh nhân EDS có thể bị đau mạn tính vùng chậu, đau khi giao hợp do tính nhạy cảm của mô. Khuyến nghị: Đối với nhóm này, nguyên tắc là tăng cường sức mạnh cơ để bù cho dây chằng yếu, đồng thời tránh các hoạt động quá mức gây giãn mô thêm. Chương trình tập trung vào các bài tập tăng cường cơ core và cơ sàn chậu một cách an toàn: ví dụ tập Kegel thường xuyên hơn (hằng ngày), tập cơ bụng – lưng để ổn định cột sống và khung chậu. Tuy nhiên tránh tập các động tác yoga hoặc stretching cường độ mạnh vì cơ thể họ rất mềm dẻo, dễ làm quá tầm gây chấn thương. Nhấn mạnh việc tránh mang vác nặng, tránh các môn thể thao va chạm mạnh. Có thể sử dụng dụng cụ trợ giúp: đai lưng chậu (pelvic belt) để ổn định khớp cùng – chậu khi bệnh nhân vận động, quần gen nâng đỡ nhẹ vùng bụng dưới. Một số phụ nữ có thể cần đeo pessary ngay từ sớm để ngừa sa tử cung nặng thêm. Về lối sống, bệnh nhân CTD nên duy trì cân nặng hợp lý (tránh thừa cân gây thêm tải), tránh táo bón (uống nhiều nước, bổ sung chất xơ) để không tạo áp lực quá mức khi rặn. Trong trường hợp PFD gây ảnh hưởng nhiều (như sa tử cung độ 3 – 4, tiểu không kiểm soát nặng) có thể cân nhắc phẫu thuật sớm, nhưng lưu ý mô liên kết yếu có thể làm tỷ lệ tái phát cao hơn – do đó, phục hồi chức năng sau mổ càng quan trọng để bảo vệ kết quả.

Tóm lại, với các bệnh lý nền ảnh hưởng sàn chậu, điều trị hiệu quả đòi hỏi tiếp cận kép: vừa quản lý tốt bệnh nền, vừa điều chỉnh liệu pháp sàn chậu. Người bệnh cần hiểu mối liên hệ giữa bệnh lý của mình và triệu chứng sàn chậu – ví dụ, người bệnh phổi cần kiểm soát ho để tránh són tiểu, hay người béo phì cần giảm cân để nhẹ gánh cho sàn chậu. Sự phối hợp giữa các chuyên khoa (hô hấp, nội tiết, di truyền…) và chuyên viên phục hồi chức năng sẽ giúp xây dựng kế hoạch tối ưu, cá thể hóa cho từng bệnh nhân, đạt được kết quả lâu dài.

15.5 Lưu ý trước/sau phẫu thuật – Peri – operative pathways

Can thiệp phẫu thuật thường là lựa chọn điều trị cho các trường hợp rối loạn sàn chậu mức độ nặng (như sa sinh dục độ cao, tiểu không kiểm soát

không đáp ứng bảo tồn, rách cơ thắt hậu môn hoàn toàn, hoặc ở nam giới sau phẫu thuật tuyến tiền liệt…). Để tối ưu hóa kết quả phẫu thuật và thúc đẩy quá trình hồi phục, vai trò của phục hồi chức năng giai đoạn trước và sau mổ (peri – operative rehabilitation) ngày càng được đề cao. Dưới đây là các lưu ý chính trong chuẩn bị tiền phẫu và phục hồi hậu phẫu cho bệnh nhân sàn chậu:

Chuẩn bị trước phẫu thuật (Pre – operative preparation)

Tập cơ và "tiền phục hồi" (pre – habilitation): Trước khi bước vào ca mổ, bệnh nhân nên được hướng dẫn một chương trình tập luyện nhằm tăng cường tối đa chức năng sàn chậu hiện có – giống như "dự trữ" trước khi cơ thể chịu một đợt can thiệp gây sang chấn. Nghiên cứu gợi ý rằng việc tập cơ sàn chậu chủ động trước mổ có thể giúp cải thiện kết quả sau mổ ở một số trường hợp. Chẳng hạn, ở nam giới chuẩn bị phẫu thuật tuyến tiền liệt tận gốc (cắt tuyến tiền liệt do ung thư), những người tập Kegel đều đặn 4 – 6 tuần tiền phẫu có xu hướng phục hồi khả năng kiểm soát tiểu sớm hơn và thậm chí cải thiện chức năng cương dương tốt hơn so với nhóm không tập. Tương tự, phụ nữ trước khi mổ treo tử cung hoặc TVT (đặt dải nâng niệu đạo) cũng được khuyến khích tập co cơ sàn chậu để cơ khỏe, hỗ trợ mảnh ghép tốt hơn sau khi đặt. Mặc dù một số thử nghiệm chưa cho kết luận thống nhất (có nghiên cứu về phẫu thuật sa tạng chậu cho thấy tập Kegel trước mổ không khác biệt rõ về tỉ lệ thành công giải phẫu), đa phần chuyên gia vẫn ủng hộ nguyên tắc "cơ khỏe trước, hồi phục nhanh sau". Bên cạnh đó, tập trước mổ giúp bệnh nhân học thuần thục cách co – giãn cơ, về sau khi mổ xong họ sẽ dễ dàng tiếp tục tập (vì đã quen kỹ thuật).

Giáo dục và tư vấn: Trước phẫu thuật là thời điểm tốt để giải thích cho bệnh nhân về quy trình mổ, những gì sẽ diễn ra và cách họ có thể tham gia vào quá trình hồi phục. Ví dụ, bệnh nhân nên được tư vấn rằng sau mổ sa tạng chậu, họ sẽ cần tránh làm việc nặng trong vài tuần, hoặc sau mổ tuyến tiền liệt có thể gặp tình trạng són tiểu tạm thời. Việc chuẩn bị tinh thần giúp bệnh nhân giảm lo lắng và hợp tác tốt hơn. Đồng thời, hướng dẫn bệnh nhân các kỹ năng cần thiết trước – chẳng hạn, dạy họ cách thở và ho đúng (ôm gối vào bụng khi ho

để bớt áp lực, hoặc sử dụng kỹ thuật ho nhẹ nhàng) để áp dụng ngay sau mổ; hoặc hướng dẫn bài tập tuần hoàn tay chân (để sau mổ tập chống huyết khối). Đôi khi, chuyên viên phục hồi cho bệnh nhân thực hành trước các động tác sẽ làm sau mổ: ví dụ, tập co cơ sàn chậu nhẹ khi đang nằm – động tác này chính là điều sẽ khuyến khích làm sớm sau mổ để tăng tuần hoàn.

Điều chỉnh hành vi và yếu tố nguy cơ: Trước mổ vài tuần đến vài tháng, cần tranh thủ tối ưu hóa tình trạng sức khỏe bệnh nhân, đặc biệt là loại bỏ các thói quen xấu ảnh hưởng đến sàn chậu và quá trình lành vết mổ. Ví dụ: ngưng hút thuốc lá (hút thuốc làm giảm tưới máu mô, chậm lành thương và gây ho nhiều); kiểm soát đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường (để giảm nguy cơ nhiễm trùng vết mổ và giúp mô phục hồi tốt hơn); giảm cân nhẹ (nếu béo phì) để giảm biến chứng gây mê và giảm tải trọng lên vùng mổ. Một yếu tố quan trọng khác là phòng ngừa táo bón trước mổ: hướng dẫn bệnh nhân ăn nhiều chất xơ, uống đủ nước, có thể dùng thuốc làm mềm phân nếu cần, vì táo bón và rặn mạnh ngay sau mổ là "kẻ thù" của vết thương vùng chậu – nó có thể làm bung mối khâu hoặc lệch mảnh ghép. Đối với những bệnh nhân lớn tuổi có dấu hiệu bàng quang tăng hoạt (tiểu gấp, tiểu nhiều lần) hoặc suy cơ thắt (tiểu rỉ liên tục), bác sĩ có thể cân nhắc cho dùng thuốc để ổn định triệu chứng trước mổ, nhằm tránh tình trạng bệnh nhân hoảng loạn vì tiểu són quá nhiều sau khi can thiệp.

Lập kế hoạch hỗ trợ sau mổ: Trong giai đoạn tiền phẫu, nhân viên y tế nên cùng bệnh nhân lên kế hoạch cho giai đoạn hồi phục. Ví dụ, bệnh nhân cần chuẩn bị người hỗ trợ việc nhà trong ít nhất vài tuần đầu (vì họ không nên làm việc nặng, lái xe sớm). Nếu bệnh nhân sống một mình, có thể cần sắp xếp dịch vụ chăm sóc tại nhà hoặc chuyển tạm thời đến cơ sở phục hồi chức năng. Những việc này bàn bạc trước sẽ tránh được bất ngờ và gián đoạn trong quá trình
hậu phẫu.

Hồi phục sau phẫu thuật (Post – operative rehabilitation)

Kiểm soát đau và chăm sóc giai đoạn sớm: Sau phẫu thuật sàn chậu, bệnh nhân thường được lưu viện ngắn (1 – 3 ngày) trừ khi có biến chứng. Trong thời gian này, ưu tiên kiểm soát đau tốt bằng thuốc giảm đau theo chỉ dẫn (NSAIDs, paracetamol, opioid nhẹ nếu cần). Kiểm soát đau đầy đủ sẽ giúp bệnh nhân thở sâu, ho đàm dễ (nếu mổ bụng), và sớm vận động mà không quá sợ hãi, qua đó giảm nguy cơ ứ đọng phổi hay huyết khối tĩnh mạch sâu. Kế đến là chăm sóc vết mổ: hướng dẫn bệnh nhân cách vệ sinh vùng mổ (rửa vết khâu tầng sinh môn, chăm sóc ống thông tiểu nếu có), dấu hiệu nhiễm trùng hay biến chứng cần báo bác sĩ. Đối với phẫu thuật sa tạng chậu hoặc tầng sinh môn, có thể sử dụng đá chườm lạnh hoặc thiết bị giảm đau (như ghế ngồi có đệm mềm, gối hình khoen) để giảm phù nề và đau vùng tầng sinh môn trong vài ngày đầu.

Rất sớm ngay khi tỉnh mê, bệnh nhân đã được khuyến khích cử động chân tay nhẹ trên giường, xoay trở người để tuần hoàn máu lưu thông. Nếu không chóng mặt, có thể ngồi dậy và ra khỏi giường đi lại trong 24 giờ đầu (có người hỗ trợ) – việc này giảm nguy cơ biến chứng huyết khối và táo bón. Đối với các phẫu thuật nội soi hoặc qua đường âm đạo, thường bệnh nhân có thể đi lại sớm hơn nhiều so với mổ mở bụng.

Về bài tập sàn chậu, có chút khác biệt quan điểm: một số bác sĩ muốn bệnh nhân nghỉ ngơi vài tuần cho lành thương rồi mới tập, nhưng nhiều trung tâm tiên tiến khuyến cáo bắt đầu co nhẹ cơ sàn chậu ngay trong tuần đầu sau mổ để kích thích máu đến nuôi mô và tránh teo cơ. Ví dụ, Hướng dẫn của Đại học Sức khỏe & Khoa học Oregon (OHSU) dành cho bệnh nhân phẫu thuật tái tạo sàn chậu khuyên: "*hãy tiếp tục bài tập Kegel ngay sau phẫu thuật*". Tất nhiên, mức độ co chỉ khoảng 30 – 40% sức, đủ để cảm nhận siết nhẹ vùng hậu môn rồi thả ra, lặp lại 5 – 10 lần mỗi vài giờ. Nếu động tác này gây đau, bệnh nhân có thể đợi vài ngày rồi thử lại. Song song, bài tập thở bụng và thư giãn sàn chậu cũng quan trọng: khuyến khích bệnh nhân hít sâu bằng mũi, phình bụng, tưởng tượng thả lỏng hoàn toàn vùng đáy chậu, sau đó thở ra miệng từ từ. Luân phiên co nhẹ – thả lỏng giúp tăng tính linh hoạt của sàn chậu trong giai đoạn sẹo đang hình thành, tránh tình trạng co rút quá mức.

Tiến trình tập luyện và hoạt động: Giai đoạn 6 – 12 tuần đầu sau mổ được xem là "thời kỳ vàng" cho liền thương. Các nghiên cứu cho biết mô sàn chậu cần khoảng 12 tuần để đạt ~80% độ bền cuối cùng, và khoảng 6 tháng để đạt ~90%, quá trình tu sửa mô hoàn toàn có thể kéo dài đến 1 – 2 năm. Do đó, 3 tháng đầu đặc biệt cần tránh các tác động làm căng vết mổ hoặc mối khâu. Bác sĩ thường căn dặn bệnh nhân: tránh nâng vật nặng quá 5kg trong 6 – 12 tuần, không làm việc nhà nặng (giặt đồ, hút bụi nặng), không tập thể dục mạnh. Bất kỳ hoạt động nào làm tăng áp lực ổ bụng (rặn đi cầu, ho mạnh, mang xách nặng, lên xuống cầu thang nhiều lần liên tục) đều có thể đe dọa sự vững chắc của vùng sửa chữa. Thật vậy, táo bón và nâng vật nặng được coi là yếu tố nguy cơ hàng đầu gây bung sutures sau mổ sàn chậu. Bởi vậy, tiếp tục dùng thuốc làm mềm phân 6 – 12 tuần là khuyến cáo thường quy, kết hợp chế độ ăn giàu chất xơ. Về vận động, đi bộ nhẹ nhàng là hình thức tập luyện an toàn nhất trong giai đoạn sớm – bệnh nhân được khuyên đi bộ mỗi ngày, tăng dần thời gian tùy sức nhưng tránh đi quá mệt. Đi bộ giúp lưu thông máu, giảm dính ruột, nâng cao tinh thần mà không gây áp lực đột ngột như chạy hay nhảy. Ngoài ra có thể tập các bài tập tay chân nhẹ (tại chỗ, không mang tạ nặng). Không bơi lội trong 2 – 3 tháng (đặc biệt nếu có vết mổ âm đạo, tầng sinh môn) để ngăn nhiễm trùng.

Sau mổ khoảng 4 – 6 tuần, bệnh nhân thường tái khám. Nếu mọi thứ lành tốt, bác sĩ sẽ cho phép tăng dần hoạt động. Giai đoạn 6 – 12 tuần, bệnh nhân có thể bắt đầu tập vật lý trị liệu tích cực hơn: chuyên viên VLTL sẽ hướng dẫn các bài tập phục hồi sức mạnh cơ sàn chậu (tăng dần thời gian co đến 6 – 10 giây, số nhịp lặp lại ~10 – 15 lần mỗi hiệp, ngày 2 – 3 hiệp), kết hợp bài tập core (cơ bụng, lưng) để hỗ trợ nâng đỡ. Nếu bệnh nhân mổ sa tạng chậu, có thể bắt đầu tập các động tác chức năng nhẹ như squat nông, kegel khi đứng, nhưng tránh gập người sâu hoặc nâng cao gối quá hông trong thời gian này. Nếu bệnh nhân mổ tuyến tiền liệt, giai đoạn này tập trung chủ yếu vào bài tập Kegel tăng sức nhằm khôi phục khả năng nhịn tiểu – thường khuyến khích co nhanh (nhanh hết sức rồi thả, lặp lại nhiều lần) để cải thiện phản xạ đóng niệu đạo khi ho, cười.

Sau 3 tháng, mô sàn chậu đã khá vững, bệnh nhân thường đã hết hẳn đau và có thể sinh hoạt gần như bình thường. Đây là lúc có thể bắt đầu tập các môn thể dục nặng hơn nếu mong muốn (chạy bộ, aerobic, nâng tạ nhẹ đến trung bình). Tuy nhiên, cần tiến hành từng bước. Nguyên tắc là tăng dần cường độ và theo dõi phản ứng: nếu xuất hiện bất kỳ dấu hiệu cảnh báo nào (cảm giác nặng tức vùng mổ, đau tức hoặc tiểu không kiểm soát tái phát), hãy giảm mức độ và tham vấn bác sĩ trước khi tiếp tục. Một số bác sĩ đề nghị bệnh nhân đợi đến 5 – 6 tháng mới thử các hoạt động nặng (để đạt ~90% sức bền của mô đã). Quan trọng là bệnh nhân nên duy trì các bài tập sàn chậu lâu dài như một phần thói quen, vì phẫu thuật giúp sửa chữa giải phẫu nhưng nếu cơ và mô không được giữ khỏe, vẫn có nguy cơ tái phát về sau.

Theo dõi và hỗ trợ lâu dài: Phục hồi sau mổ sàn chậu không chỉ dừng ở mốc thời gian mà còn hướng tới kết quả chức năng cuối cùng. Bệnh nhân thường cần tái khám 3 tháng, 6 tháng, 1 năm sau mổ để bác sĩ đánh giá kết quả và can thiệp nếu cần. Ví dụ, một số phụ nữ sau mổ sling (TVT) có thể bị bí tiểu do dải quá chặt – cần phát hiện sớm để xử lý (nới lỏng hoặc tập vật lý trị liệu làm mềm mô). Hoặc nam giới sau cắt tuyến tiền liệt nếu 6 tháng vẫn bị són tiểu nhiều thì có thể cân nhắc các biện pháp như tiêm bulk, đặt cuff nhân tạo… Dù sao, đa số bệnh nhân sẽ cải thiện đáng kể chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật nếu tuân thủ các lưu ý phục hồi. Họ có thể trở lại các hoạt động yêu thích (dĩ nhiên trong giới hạn hợp lý), ví dụ nhiều cụ bà sau mổ sa tử cung đã có thể tham gia khiêu vũ nhẹ, tập thái cực quyền mà không còn vướng bận triệu chứng.

Trong giai đoạn muộn (sau 1 năm), lời khuyên cho bệnh nhân là tiếp tục thực hành lối sống lành mạnh: duy trì cân nặng, tránh hút thuốc, tập thể dục đều (bao gồm bài tập sàn chậu), khám sức khỏe định kỳ. Nhiều nghiên cứu cho thấy kết quả phẫu thuật sàn chậu bền vững hơn ở những người duy trì được các thói quen tốt này. Và nếu có bất kỳ triệu chứng nào tái xuất hiện (tiểu gấp, són tiểu trở lại, cảm giác sa xuống), bệnh nhân cần đi khám sớm – đôi khi chỉ cần vài buổi tập vật lý trị liệu củng cố là đủ tránh phải can thiệp lại.

Tóm lại, trong hành trình điều trị rối loạn sàn chậu, phẫu thuật chỉ là một chặng đường, còn việc phục hồi chức năng quanh phẫu thuật mới chính là chìa khóa để đảm bảo chặng đường đó dẫn đến đích cuối cùng: một sàn chậu khỏe mạnh, chức năng được cải thiện tối ưu và chất lượng cuộc sống nâng cao. Bằng cách chuẩn bị kỹ trước mổ và chăm sóc tận tâm sau mổ, chúng ta có thể rút ngắn thời gian hồi phục, giảm biến chứng và giúp bệnh nhân tự tin trở lại cuộc sống thường nhật một cách trọn vẹn.

Chương 16 Đạo đức, văn hoá và giao tiếp nhạy cảm

16.1 Đồng thuận khám nội & người hỗ trợ – Informed consent & chaperone

Trước khi tiến hành bất kỳ khám sàn chậu (*khám nội*) nào, sự đồng thuận đầy đủ thông tin của người bệnh là nguyên tắc bắt buộc về đạo đức và pháp lý. Người bệnh có quyền được biết điều gì sẽ được thực hiện và lý do thực hiện trên cơ thể mình, từ đó tự nguyện đồng ý hoặc từ chối. Việc khám vùng sàn chậu là một thủ thuật *nhạy cảm, riêng tư và có thể gây khó chịu*, do đó bác sĩ cần giải thích rõ ràng mục đích, quy trình và trả lời các thắc mắc của bệnh nhân trước khi bắt đầu. Điều này giúp bệnh nhân hiểu được lợi ích y khoa của việc khám, đồng thời cảm thấy an tâm rằng nhân viên y tế tôn trọng quyền tự quyết của họ. Một nguyên tắc kinh điển trong y khoa đã có từ năm 1914: *"Mỗi người trưởng thành minh mẫn đều có quyền quyết định việc gì sẽ làm với cơ thể mình; bác sĩ làm thủ thuật mà không có sự đồng ý của bệnh nhân là hành vi xâm hại"*. Nói cách khác, khám nội mà không có sự đồng ý có thể bị xem như hành vi trái phép, vi phạm đạo đức nghề nghiệp và thậm chí vi phạm pháp luật về hành hung. Do vậy, trước khi khám sàn chậu, bác sĩ cần xin phép và nhận được sự đồng ý rõ ràng của bệnh nhân.

Cách giải thích để bệnh nhân an tâm: Giao tiếp chân thành và thấu cảm là chìa khóa. Bác sĩ nên dùng ngôn ngữ dễ hiểu, *tránh thuật ngữ quá chuyên môn*, để giải thích tại sao cần khám vùng sàn chậu (ví dụ: để tìm nguyên nhân đau, đánh giá tổn thương sau sinh, v.v.) và khám sẽ tiến hành như thế nào. Nên thông báo trước cho bệnh nhân về *cảm giác có thể xảy ra* (như hơi tức hoặc khó chịu) và trấn an rằng họ có thể yêu cầu dừng bất cứ lúc nào nếu không thoải mái. Bệnh nhân cần biết rằng *quyền riêng tư* của họ sẽ được tôn trọng tối đa – như có phòng thay đồ kín đáo, sử dụng khăn che phù hợp, chỉ bộc lộ vùng cần khám – để họ cảm thấy an toàn. Ngoài ra, bác sĩ nên *lắng nghe lo lắng* của bệnh nhân: chẳng hạn, có người e ngại vì xấu hổ, có người sợ đau hoặc có tiền sử sang chấn. Hãy khuyến khích bệnh nhân chia sẻ những lo âu

này và trả lời một cách thông cảm, không phán xét. Sự chủ động giải thích và lắng nghe này sẽ giúp xây dựng lòng tin với bệnh nhân, khiến họ hợp tác hơn và giảm bớt sự lo lắng.

Quyền từ chối và rút lui: Bệnh nhân hoàn toàn có quyền từ chối khám sàn chậu, ngay cả khi đã được giải thích về lợi ích y khoa. Vai trò của nhân viên y tế là tôn trọng quyết định đó và *không gây áp lực*. Trong trường hợp việc khám là cần thiết cho chẩn đoán hoặc điều trị, bác sĩ nên thể hiện sự cảm thông và tìm hiểu nguyên nhân từ chối: liệu có phải do bệnh nhân *quá lo sợ, từng bị lạm dụng, hoặc ngại ngùng*?. Từ đó, bác sĩ có thể đưa ra giải pháp hỗ trợ như: thay đổi người khám (ví dụ bệnh nhân nữ có thể muốn bác sĩ nữ), dùng thuốc giảm đau hoặc an thần nhẹ nếu phù hợp, giải thích kỹ hơn từng bước, hoặc chia giai đoạn khám thành nhiều buổi. Quan trọng nhất, bệnh nhân cần được nhắc rằng họ có thể dừng khám bất cứ lúc nào nếu thấy không ổn. Việc nhấn mạnh "Anh/chị *có quyền yêu cầu dừng lại* nếu thấy khó chịu" giúp bệnh nhân *cảm thấy kiểm soát được tình huống* và bớt lo sợ. Nếu bệnh nhân nhất quyết từ chối, nhân viên y tế nên tôn trọng, *ghi nhận vào hồ sơ*, và hẹn hướng xử trí khác hoặc chuyển khám khi bệnh nhân sẵn sàng hơn – không được tự ý ép buộc.

Người hỗ trợ (chaperone) và vai trò: Trong các cuộc khám nhạy cảm như khám sàn chậu, người hỗ trợ (chaperone) thường được đề nghị có mặt để đảm bảo an toàn và sự an tâm cho cả bệnh nhân lẫn người khám. Người hỗ trợ thường là *nhân viên y tế* (ví dụ: điều dưỡng) được đào tạo về quy trình khám, không nên là người thân vì cần tính khách quan. Theo hướng dẫn của Hội đồng Y khoa, bác sĩ cần đề nghị bệnh nhân lựa chọn có chaperone bất kỳ khi nào có thể trước khi khám chỗ kín. Sự hiện diện của một chaperone *độc lập, công tâm* sẽ bảo vệ bệnh nhân khỏi nguy cơ bị lạm dụng và đồng thời bảo vệ nhân viên y tế khỏi những cáo buộc không có cơ sở sau này. Chaperone đóng vai trò như *một người quan sát và hỗ trợ*: họ có mặt trong suốt quá trình khám, quan sát được thao tác của bác sĩ, sẵn sàng can thiệp hoặc lên tiếng nếu thấy hành vi không phù hợp. Đồng thời, họ có thể trấn an, an ủi bệnh nhân khi cần – chẳng hạn nắm tay, nhắc bệnh nhân thở sâu – nhất là khi bệnh nhân cảm

thấy xấu hổ hoặc lo sợ. Một chaperone tốt phải tế nhị, tôn trọng nhân phẩm và giữ bí mật thông tin của bệnh nhân. Khi có chaperone, bác sĩ cũng cần ghi lại tên và chức danh của người đó trong hồ sơ để làm bằng chứng minh bạch.

Lưu ý thực tế: Trước khi bắt đầu, bác sĩ nên giới thiệu chaperone với bệnh nhân và giải thích vai trò của người này, để bệnh nhân cảm thấy thoải mái hơn thay vì đột ngột có người lạ quan sát. Hầu hết bệnh nhân sẽ đồng ý có chaperone nếu được giải thích đó là để bảo vệ quyền lợi của họ. Trong trường hợp bệnh nhân *không muốn có chaperone* (một số người quá ngại khi có người thứ ba), bác sĩ cần cân nhắc: nếu bệnh nhân vẫn mong khám, bác sĩ có thể tiến hành nhưng phải ghi chú đã đề nghị chaperone nhưng bệnh nhân từ chối. Tuy nhiên, nếu *bác sĩ* cảm thấy không yên tâm khi khám mà không có chaperone (ví dụ khác giới, hoặc bệnh nhân có hành vi khác thường), bác sĩ có quyền từ chối thực hiện và giải thích lý do chuyên môn. Một giải pháp là sắp xếp một đồng nghiệp khác phù hợp thực hiện thay nếu có thể, miễn là không gây chậm trễ nguy hiểm cho bệnh nhân. Tất cả quyết định nên đặt lợi ích và sự an toàn của bệnh nhân lên hàng đầu.

Ví dụ minh họa – *Đồng thuận và chaperone: Một nữ bệnh nhân 28 tuổi đến khám vì đau vùng chậu mãn tính. Bác sĩ giải thích: "Để tìm nguyên nhân đau, tôi cần khám bên trong âm đạo và sàn chậu của chị. Tôi hiểu vùng này rất nhạy cảm, nhưng tôi sẽ làm nhẹ nhàng và nhanh nhất có thể. Sẽ có một nữ điều dưỡng đứng bên cạnh hỗ trợ để đảm bảo chị thoải mái và an toàn. Chị yên tâm là chị có thể yêu cầu ngưng bất cứ lúc nào nếu khó chịu, chúng tôi hoàn toàn tôn trọng. Bây giờ chị thấy thế nào, đã sẵn sàng để bắt đầu chưa?"* Bệnh nhân gật đầu đồng ý. *Trong quá trình khám, điều dưỡng đứng ở vị trí có thể quan sát, một tay nắm nhẹ tay bệnh nhân, miệng luôn nhắc bệnh nhân hít thở sâu. Bác sĩ thông báo mỗi bước: "Bây giờ bác sĩ sẽ chạm nhẹ vào vùng tầng sinh môn... bác sĩ đưa một ngón tay để kiểm tra cơ...". Bệnh nhân dần thả lỏng hơn. Sau khám, bác sĩ hỏi bệnh nhân có ổn không và cảm ơn sự hợp tác của chị.* Trường hợp trên cho thấy tầm quan trọng của việc giải thích rõ ràng, tôn trọng quyết định của bệnh nhân và có người hỗ trợ phù hợp. Kết quả là bệnh nhân cảm thấy an tâm, tin tưởng hơn thay vì hoảng sợ.

16.2 Chăm sóc dựa trên sang chấn – Trauma – informed care

Nhiều bệnh nhân đến khám sàn chậu có thể mang theo những sang chấn tâm lý trong quá khứ – chẳng hạn từng bị lạm dụng tình dục, bạo hành, trải qua sinh nở đau đớn hoặc thủ thuật y tế gây ám ảnh. Chăm sóc dựa trên sang chấn là một cách tiếp cận đặt sự thấu hiểu về các sang chấn này làm nền tảng, nhằm đảm bảo quá trình thăm khám *không vô tình gợi lại ký ức đau buồn* và bệnh nhân luôn cảm thấy an toàn, được tôn trọng. Theo Hiệp hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG), mục tiêu của phương pháp này là nhận biết và xác thực những sang chấn mà bệnh nhân có thể đã trải qua – từ lạm dụng, bạo lực gia đình cho đến tai nạn hay trải nghiệm y tế tồi tệ trước đây – và hiểu rằng những ký ức sang chấn có thể ảnh hưởng đến phản ứng của họ khi khám vùng chậu. Thống kê cho thấy hơn *40% bệnh nhân trẻ tuổi* có thể bị kích hoạt hồi ức sang chấn khi khám phụ khoa bình thường. Vì vậy, nhân viên y tế cần xem mỗi bệnh nhân như một *cá thể nhạy cảm*, áp dụng nguyên tắc "phòng ngừa sang chấn" như một biện pháp chuẩn trong chăm sóc sức khỏe.

Những nguyên lý chính của chăm sóc dựa trên sang chấn: Các chuyên gia đã đưa ra một số nguyên tắc cốt lõi giúp định hướng cách giao tiếp và can thiệp với người bệnh có tiền sử sang chấn:

- Đảm bảo an toàn về thể chất và cảm xúc: Bệnh nhân cần cảm thấy họ đang ở trong một môi trường an toàn, kín đáo và được bảo vệ. Điều này bao gồm phòng khám riêng tư, không gian ấm áp, lời nói và hành động của nhân viên y tế mang tính *trấn an thay vì đe dọa*. Ví dụ: đóng kín cửa, hạn chế tiếng ồn, và luôn thông báo trước mỗi khi chạm vào người bệnh. Bệnh nhân cần biết rằng *không ai xâm phạm cơ thể họ nếu chưa được phép*.
- Xây dựng sự tin tưởng và minh bạch: Lòng tin được tạo dựng qua cách nhân viên y tế trung thực, rõ ràng và giữ lời hứa. Hãy minh bạch về mọi thủ tục sẽ làm, về quyền của bệnh nhân và ranh giới chuyên môn. Nếu bác sĩ nói "sẽ dừng lại nếu chị yêu cầu", thì phải thực hiện đúng như vậy. Tránh *che giấu thông tin hoặc quyết định thay bệnh nhân*, vì điều đó có thể khiến người từng bị lạm dụng thấy

bất an. Luôn *hợp tác cùng bệnh nhân* trong quá trình chăm sóc, như một "người đồng hành" hơn là người ra lệnh.

- Trao quyền lựa chọn và kiểm soát cho bệnh nhân: Một đặc điểm của sang chấn (như lạm dụng) là bệnh nhân từng bị tước đoạt quyền kiểm soát cơ thể mình. Do đó, trong khám chữa, ta cần trao lại cảm giác kiểm soát cho họ. Thực hiện điều này bằng cách cho bệnh nhân lựa chọn ở mức tối đa có thể: họ có thể chọn thời điểm khám (khi nào thấy sẵn sàng), chọn tư thế thoải mái, chọn dừng nghỉ giữa chừng, hoặc thậm chí chọn có người thân ở cạnh (nếu phù hợp). Luôn hỏi ý kiến bệnh nhân trước mỗi bước: *"Bây giờ tôi cần kiểm tra bên trong, chị đã sẵn sàng chưa?"* – thay vì tự ý làm. Khi bệnh nhân cảm thấy họ *được quyền quyết định*, nỗi sợ sẽ giảm và hợp tác tăng. ACOG nhấn mạnh cần ưu tiên sự lựa chọn và quyền tự chủ của bệnh nhân, giúp họ cảm giác được trao quyền thay vì bị ép buộc.
- Hỗ trợ và tạo sự gắn kết (hợp tác): Thể hiện sự hỗ trợ liên tục trong suốt quá trình khám. Điều này có nghĩa là *lắng nghe tích cực*, đồng cảm với cảm xúc của bệnh nhân và có phản hồi phù hợp. Nếu bệnh nhân bộc lộ lo lắng hay đau buồn, hãy thừa nhận cảm xúc đó là chính đáng: *"Tôi hiểu đây là trải nghiệm khó khăn, chúng tôi ở đây để hỗ trợ anh/chị."* Luôn làm cho bệnh nhân thấy họ và bác sĩ đang cùng một phía, cùng hướng đến mục tiêu sức khỏe, chứ không phải mối quan hệ quyền lực một chiều.
- Tránh tái kích hoạt sang chấn: Đây là mục tiêu hàng đầu. Nhân viên y tế cần nhận diện các dấu hiệu cho thấy bệnh nhân đang căng thẳng hay hồi tưởng sang chấn: ví dụ *cơ thể cứng đờ, run rẩy, đổ mồ hôi, thở nhanh, mặt tái hoặc đỏ bừng, mắt vô hồn hoặc ngừng trả lời câu hỏi* – những dấu hiệu này có thể báo hiệu bệnh nhân đang "đóng băng" cảm xúc như một cơ chế đối phó với sợ hãi. Khi thấy bất kỳ dấu hiệu bất thường nào, ngay lập tức tạm ngừng việc khám, hỏi han bệnh nhân cảm thấy ra sao, và đề nghị dời việc khám lại nếu cần thiết. Tránh tuyệt đối những hành động hoặc lời nói có thể gợi nhớ sang chấn: ví dụ, không nên ra lệnh hay lớn tiếng, không đùa cợt tục

tĩu, tránh động chạm đột ngột. *Không multitask* (làm nhiều việc cùng lúc) khi bệnh nhân đang giãi bày lo lắng – hãy cho họ trọn vẹn sự chú ý để họ thấy được tôn trọng. Nhìn chung, luôn tự hỏi: "Điều mình sắp làm nói hoặc làm có thể bị hiểu lầm hay gợi nhớ gì tiêu cực không?" Nếu có, hãy chọn cách khác an toàn hơn. Mục tiêu là không để bệnh nhân cảm thấy bất kỳ xâm hại hay mất kiểm soát nào tương tự quá khứ.

- Hiểu biết về văn hoá và hoàn cảnh: Sang chấn của mỗi người chịu ảnh hưởng bởi bối cảnh văn hoá, giới tính, hoàn cảnh sống của họ. Vì vậy, cách tiếp cận nên được cá nhân hoá cho phù hợp. Thí dụ, một phụ nữ từ cộng đồng bảo thủ có thể *xấu hổ cực độ* khi khám vùng kín – cần tế nhị hơn nữa và có thể ưu tiên bố trí bác sĩ nữ nếu có thể. Một người thuộc cộng đồng LGBT+ có thể lo sợ bị kỳ thị – nhân viên y tế cần tạo không gian không phán xét, dùng ngôn ngữ trung lập, thể hiện sự tôn trọng bản dạng của họ. Sự nhạy cảm văn hoá giúp bệnh nhân cảm nhận được sự thấu hiểu, từ đó tin tưởng hơn.

Các biện pháp cụ thể tạo không gian an toàn: Bên cạnh những nguyên tắc chung, có nhiều kỹ thuật thực tế đã được khuyến nghị để hỗ trợ bệnh nhân nhạy cảm:

- *Trước buổi khám:* Hãy dành thời gian trò chuyện thân mật trước khi yêu cầu bệnh nhân cởi đồ. Có thể bắt đầu bằng các câu hỏi mở để nắm bắt tiền sử: *"Không biết trước đây anh/chị đã bao giờ khám phụ khoa/chậu chưa, và trải nghiệm thế nào?"*, hoặc *"Có điều gì về sức khỏe hay cơ thể mà anh/chị muốn tôi biết để giúp anh/chị thoải mái hơn khi khám không?"*. Câu hỏi mở cho bệnh nhân cơ hội chia sẻ về sang chấn (nếu họ muốn) hoặc bất kỳ mối lo ngại nào. Lắng nghe chăm chú câu trả lời, đừng ngắt lời. Nếu bệnh nhân tiết lộ từng bị lạm dụng hoặc rất sợ khám, hãy *cam kết rằng mình sẽ hết sức nhẹ nhàng, tôn trọng và sẽ dừng ngay khi họ yêu cầu*.

- Ngôn ngữ giao tiếp: Dùng từ ngữ trung tính, nhẹ nhàng. Tránh dùng những từ có thể gây xấu hổ hoặc gợi nhớ tình dục. Ví dụ, thay vì nói *"Cởi quần áo và lên giường khám"*, có thể nói "Anh/chị đã sẵn sàng thay đồ để khám chưa?"; dùng từ "quần lót" thay cho từ quá suồng sã như "quần chíp", gọi là "bàn khám" thay vì "giường" để bớt cảm giác bệnh lý. Giọng nói nên chậm rãi, ấm áp, không thúc ép. Khen ngợi sự hợp tác của bệnh nhân (*"Anh/chị làm tốt lắm, sắp xong rồi ạ"*) để họ có động lực.
- Điều chỉnh tư thế và kỹ thuật khám: Đối với những bệnh nhân quá căng thẳng, có thể áp dụng một số *biện pháp linh hoạt*. Ví dụ: cho bệnh nhân nằm nâng cao đầu để họ *nhìn thấy bác sĩ* và cảm giác bớt thụ động; hoặc đưa gương để bệnh nhân tự quan sát khu vực đang được khám, giúp họ *biết chuyện gì đang xảy ra*, giảm tưởng tượng lo sợ. Trong một số trường hợp (như khám bằng dụng cụ mỏ vịt – speculum), nếu bệnh nhân rất sợ, có thể hướng dẫn bệnh nhân tự đưa mỏ vịt vào âm đạo dưới sự chỉ dẫn của bác sĩ. Việc này giúp tăng cảm giác kiểm soát và *giảm nỗi sợ bị đau do người khác gây ra*. Tương tự, với xét nghiệm tự ngoáy dịch âm đạo, có thể để bệnh nhân tự thực hiện nếu họ muốn. Không có một cách tiếp cận chung cho tất cả, nên linh hoạt điều chỉnh miễn là đảm bảo an toàn và đạt được mục đích thăm khám.
- Giao tiếp liên tục trong khi khám: Trong quá trình thực hiện, hãy mô tả từng bước một cách ngắn gọn trước khi làm. Ví dụ: *"Bây giờ bác sĩ sẽ chạm nhẹ vào đây..."*, *"Tiếp theo sẽ hơi lạnh một chút nhé, vì bác sĩ bôi gel"*. Tránh im lặng đáng sợ – tường thuật nhẹ nhàng giúp bệnh nhân đỡ giật mình và chuẩn bị tâm lý cho cảm giác sắp tới. Đồng thời, hỏi thăm thường xuyên: *"Chị thấy ổn không?"*, *"Có tiếp tục được không, hay mình nghỉ một chút?"*. Nếu bệnh nhân nói không hoặc tỏ vẻ quá căng thẳng, ngưng lại ngay và hỏi họ muốn tiếp tục hay dừng. Việc này cho bệnh nhân thấy lời nói của họ *được coi trọng*, giúp họ an tâm rằng mình đang kiểm soát tình hình.

- Sau khi khám: Dành ít phút động viên và trao đổi với bệnh nhân. Khen ngợi sự cố gắng của họ (*"Hôm nay chị đã rất cố gắng, tôi biết không dễ dàng gì nhưng chúng ta đã làm được"*). Hỏi xem họ có câu hỏi hoặc *cảm thấy thế nào* sau trải nghiệm vừa rồi. Nếu bệnh nhân có biểu hiện cảm xúc (khóc, run), hãy ở bên và an ủi: *"Không sao đâu, mọi thứ ổn rồi, cảm ơn anh/chị đã tin tưởng chúng tôi."* Điều này giúp khép lại trải nghiệm một cách tích cực, giảm nguy cơ bệnh nhân về nhà bị khủng hoảng tinh thần.

Ví dụ minh hoạ – *Tránh tái sang chấn: Một phụ nữ 30 tuổi có tiền sử bị xâm hại tình dục từ nhỏ đến khám vì đau âm ỉ vùng chậu. Khi biết sẽ cần khám âm đạo, chị tỏ ra rất lo lắng, mắt rưng rưng. Bác sĩ nữ của chị nhẹ nhàng nói: "Em yên tâm, mọi việc hôm nay đều do em quyết định. Chị sẽ giải thích kỹ từng bước, nếu em chưa sẵn sàng mình có thể dời lại. Nếu đang khám mà em thấy khó chịu hay hoảng sợ, hãy nói chị dừng ngay lập tức. Mục tiêu của chị là giúp em, không làm em tổn thương thêm." Trong lúc khám, bác sĩ ấy luôn giữ giọng dịu dàng, báo trước mỗi thao tác. Chị điều dưỡng đứng bên cạnh nắm tay bệnh nhân, nhắc thở đều. Khi bác sĩ chuẩn bị đặt mỏ vịt, bệnh nhân đột nhiên thở dồn dập và co người lại. Nhận thấy dấu hiệu này, bác sĩ lập tức dừng, rút mỏ vịt ra và hỏi: "Em ổn không? Có muốn nghỉ một lát không?" Bệnh nhân gật đầu, nước mắt trào ra. Bác sĩ và điều dưỡng dừng khám, đỡ bệnh nhân ngồi dậy đắp chăn và ngồi cạnh trấn an. Họ không tiếp tục ép khám nữa mà hẹn lịch khác, đồng thời giới thiệu bệnh nhân tới một chuyên gia tâm lý để hỗ trợ thêm.* Tình huống trên cho thấy nhân viên y tế đã áp dụng đúng tinh thần *trauma – informed care*: tôn trọng tín hiệu của bệnh nhân, ưu tiên cảm giác an toàn của họ hơn là mục tiêu chuyên môn trước mắt. Cách làm này tuy mất thêm thời gian nhưng giúp bệnh nhân xây dựng lại niềm tin, tránh gây thêm sang chấn, từ đó về lâu dài bệnh nhân sẽ hợp tác điều trị tốt hơn.

Tóm lại, chăm sóc dựa trên sang chấn đòi hỏi nhân viên y tế luôn đặt mình vào vị trí bệnh nhân, hành xử với sự nhạy cảm và thấu cảm tối đa. Điều này không chỉ bảo vệ bệnh nhân khỏi tổn thương tâm lý, mà còn giúp mối quan hệ

thầy thuốc – bệnh nhân trở nên *tin cậy và bền vững* hơn, góp phần nâng cao hiệu quả chăm sóc sức khỏe.

16.3 Quyền riêng tư & dữ liệu – Privacy & data protection

Trong lĩnh vực khám sàn chậu, thông tin thu thập từ bệnh nhân thường rất nhạy cảm – bao gồm bệnh sử sản phụ khoa, chức năng tình dục, những chẩn đoán tế nhị (tiểu không kiểm soát, sa cơ quan sinh dục, v.v.), thậm chí cả bí mật cá nhân (tiền sử bị lạm dụng, HIV, mang thai ngoài ý muốn). Do vậy, bảo mật thông tin bệnh nhân không chỉ là yêu cầu pháp luật mà còn là nền tảng đạo đức nghề nghiệp nhằm thể hiện sự tôn trọng với người bệnh. Việc giữ kín thông tin riêng tư của bệnh nhân chính là cách nhân viên y tế xây dựng niềm tin – bệnh nhân sẽ chỉ thoải mái chia sẻ vấn đề của họ khi biết chắc dữ liệu đó được bảo vệ an toàn. Ngược lại, sơ suất trong bảo mật có thể phá vỡ trải nghiệm của bệnh nhân, làm họ mất niềm tin và thậm chí gây tổn hại lâu dài.

Tầm quan trọng của bảo mật thông tin: Trong lời thề Hippocrates và các bộ quy tắc y đức trên thế giới đều nhấn mạnh nguyên tắc "giữ kín những gì biết về bệnh nhân". Bác sĩ không có quyền chia sẻ những thông tin mình biết về bệnh nhân cho *bất kỳ ai* nếu chưa được bệnh nhân đồng ý hoặc pháp luật cho phép. Tất cả thông tin thu thập từ bệnh nhân – dù theo chủ quan người ngoài có "nhạy cảm" hay không – đều phải được bảo mật tuyệt đối. Vi phạm nguyên tắc này không chỉ *sai về đạo đức* mà còn *trái pháp luật*. Tại Việt Nam, Luật Khám bệnh, Chữa bệnh quy định rõ việc tiết lộ thông tin bệnh nhân khi chưa được phép là hành vi vi phạm pháp luật, có thể bị xử phạt hành chính hoặc hình sự tùy mức độ. Ví dụ, Sở Y tế TP.HCM từng phải nhắc nhở và xử lý nghiêm vụ một bác sĩ làm lộ kết quả xét nghiệm và phim chụp của bệnh nhân lên mạng xã hội – đây là vi phạm nghiêm trọng quyền riêng tư. Bệnh nhân ngày nay hiểu biết pháp luật hơn và *có thể khởi kiện* nếu bị lộ thông tin mà không được chấp thuận. Thêm vào đó, bảo mật kém còn ảnh hưởng đến chất lượng và an toàn chăm sóc y tế: bệnh nhân có thể che giấu bệnh hoặc ngại cung cấp thông tin thật nếu họ sợ lộ bí mật, dẫn đến chẩn đoán và điều trị sai lầm. Vì vậy, bảo mật thông tin vừa là *trách nhiệm pháp lý*, vừa là *điều kiện tiên quyết để chăm sóc hiệu quả*.

Cách lưu trữ và bảo vệ dữ liệu nhạy cảm: Các cơ sở y tế cần có hệ thống quản lý thông tin chặt chẽ. Toàn bộ thông tin bệnh nhân nên được ghi chép trong hồ sơ bệnh án chính thức và không lưu trữ tùy tiện bên ngoài. Hồ sơ bệnh án (dù bản giấy hay điện tử) phải được bảo vệ an toàn: tủ hồ sơ giấy thì khóa kỹ, chỉ người có phận sự mới được xem; hồ sơ điện tử cần đặt mật khẩu mạnh, phân quyền truy cập cho từng vị trí công việc. Đối với các dữ liệu kỹ thuật số (hình ảnh siêu âm, ảnh tổn thương vùng kín, kết quả đo đạc), nên sử dụng hệ thống quản lý dữ liệu y tế đạt chuẩn (tuân thủ các tiêu chuẩn như HIPAA của Mỹ hoặc tương đương), có mã hóa khi lưu trữ và truyền gửi. Việc truyền thông tin (email, tin nhắn) phải thận trọng – tránh gửi nhầm người, và xóa/ẩn các thông tin định danh nếu không cần thiết. Tránh sử dụng các ứng dụng chat không bảo mật để trao đổi về bệnh nhân. Khi hội chẩn hoặc chuyển viện, chỉ gửi những thông tin thực sự cần thiết cho người nhận. Nếu tư vấn từ xa (telehealth), cần dùng nền tảng bảo mật cao, được mã hóa và đảm bảo bệnh nhân ở đầu bên kia cũng ở không gian riêng tư.

Minh bạch với người bệnh về quyền truy cập và giới hạn sử dụng dữ liệu: Sự tin tưởng còn đến từ việc bệnh nhân biết rõ ai có thể xem thông tin của họ và thông tin được dùng vào việc gì. Ngay từ đầu, bác sĩ nên giải thích cho bệnh nhân: *"Mọi thông tin anh/chị cung cấp và kết quả khám sẽ được bảo mật trong hồ sơ. Hồ sơ này chỉ những người trực tiếp điều trị (bác sĩ, điều dưỡng phụ trách) mới được truy cập. Chúng tôi sẽ không cung cấp cho bất kỳ ai khác nếu chưa có sự đồng ý của anh/chị."* Nếu bệnh nhân có câu hỏi về việc dữ liệu của họ lưu ở đâu, ai quản lý, hãy trả lời cụ thể để họ yên tâm. Ngoài ra, nếu bệnh viện dùng dữ liệu cho nghiên cứu hoặc đào tạo, cần thông báo và xin phép bệnh nhân trước. Chẳng hạn, muốn công bố một ca lâm sàng đặc biệt, bác sĩ phải hỏi ý kiến bệnh nhân và hội đồng đạo đức, xóa bỏ hoặc mã hóa mọi thông tin định danh của bệnh nhân. Theo BS Trương Hữu Khanh, khi chia sẻ phục vụ giảng dạy, chỉ nên nêu tình huống chung, nếu bắt buộc dùng hình ảnh thật phải che mặt và xin phép bệnh nhân. Thực tế, nhiều trường hợp bác sĩ hay nhân viên y tế tự ý chụp hình, đăng tải trường hợp bệnh lên mạng xã hội để chia sẻ kinh nghiệm mà không xin phép – dù có che tên, che mặt hay chưa

thì đây vẫn là việc *không nên làm* và vi phạm quyền riêng tư. Do đó, các cơ sở y tế cần siết chặt quy định nội bộ: tuyệt đối cấm nhân viên *chụp ảnh, photocopy, hoặc đưa thông tin bệnh án ra ngoài* nếu không được phép. Ngay cả khi phục vụ nghiên cứu khoa học, luật cũng yêu cầu phải mã hóa thông tin và được hội đồng khoa học chấp thuận trước.

Trường hợp ngoại lệ và trách nhiệm pháp lý: Có một số trường hợp pháp luật cho phép hoặc yêu cầu cung cấp thông tin mà không cần bệnh nhân đồng ý – ví dụ: báo cáo bệnh truyền nhiễm nguy hiểm cho cơ quan y tế, cung cấp hồ sơ cho cơ quan điều tra khi có lệnh hợp pháp, hoặc chia sẻ thông tin giữa các bác sĩ trong trường hợp cấp cứu khẩn cấp. Ngoài các trường hợp rất hạn chế đó, mọi hành vi tự ý tiết lộ thông tin đều có thể bị xử lý. Luật Khám bệnh, Chữa bệnh mới (2023) nêu rõ, nếu người hành nghề làm lộ bí mật thông tin bệnh nhân trái quy định thì có thể bị *thu hồi chứng chỉ hành nghề* hoặc truy cứu trách nhiệm. Do đó, mỗi nhân viên y tế cần tự ý thức bảo vệ thông tin bệnh nhân như bảo vệ danh dự chính mình.

Ví dụ minh họa – *Bảo mật thông tin: Một kỹ thuật viên vật lý trị liệu sàn chậu chụp lại kết quả đánh giá cơ lực sàn chậu của một nữ bệnh nhân, trong đó có tên và tuổi bệnh nhân, để thảo luận trong một nhóm chat đồng nghiệp. Mặc dù mục đích là học hỏi chuyên môn, nhưng bệnh nhân không hề hay biết việc này. Vô tình, một người quen của bệnh nhân cũng ở trong nhóm chat và nhận ra bệnh nhân qua tên. Thông tin nhạy cảm lan ra ngoài, gây xôn xao. Bệnh nhân biết chuyện, rất tức giận vì quyền riêng tư bị xâm phạm, đã khiếu nại lên ban lãnh đạo bệnh viện. Kỹ thuật viên kia bị khiển trách nặng, và bệnh viện phải xin lỗi bệnh nhân.* Tình huống này cho thấy chỉ một sơ suất nhỏ cũng có thể gây hậu quả nghiêm trọng. Bài học rút ra: tuyệt đối không chia sẻ thông tin nhận diện bệnh nhân khi chưa được phép, dù với đồng nghiệp hay bất cứ ai. Nếu cần trao đổi chuyên môn, hãy xóa tên, che mọi chi tiết cá nhân và chỉ tập trung vào dữ liệu lâm sàng cần thiết. Mỗi nhân viên y tế cần luôn tự hỏi: *"Mình làm điều này có vi phạm bảo mật không? Bệnh nhân liệu có đồng ý không?"* trước khi xử lý thông tin. Sự cẩn trọng và tôn trọng quyền riêng tư

của bệnh nhân chính là thể hiện đạo đức và tính chuyên nghiệp của người làm nghề y.

16.4 Ranh giới hành nghề & pháp lý – Scope of practice & legal notes

Chăm sóc sức khỏe vùng sàn chậu thường là công việc liên ngành, đòi hỏi sự tham gia của nhiều chuyên môn khác nhau: bác sĩ sản phụ khoa, bác sĩ niệu khoa, kỹ thuật viên vật lý trị liệu (PHCN) về sàn chậu, nữ hộ sinh, điều dưỡng, chuyên gia tâm lý, v.v. Mỗi ngành nghề được đào tạo những kỹ năng riêng và có phạm vi hành nghề giới hạn bởi bằng cấp, chứng chỉ của mình. Hiểu rõ và tôn trọng ranh giới chuyên môn giữa các ngành là rất quan trọng để tránh lạm quyền và đảm bảo an toàn pháp lý.

Phân biệt vai trò chuyên môn giữa các ngành:

- Bác sĩ (sản phụ khoa, niệu khoa, hậu môn trực tràng): Bác sĩ là người chẩn đoán bệnh lý (viêm nhiễm, u bướu, sa tạng chậu...), chỉ định xét nghiệm, điều trị y khoa (kê đơn thuốc, phẫu thuật nếu cần). Bác sĩ được đào tạo bài bản về giải phẫu, bệnh học và có thẩm quyền thực hiện các thủ thuật xâm lấn (như phẫu thuật chỉnh sửa sàn chậu, nội soi, tiêm chích liệu pháp). Ví dụ, *bác sĩ sản phụ khoa* có thể khám phụ khoa, làm phết tế bào cổ tử cung, đặt vòng tránh thai; *bác sĩ niệu khoa* có thể nội soi bàng quang, phẫu thuật niệu dục. Bác sĩ chịu trách nhiệm chính về chẩn đoán xác định và kế hoạch điều trị tổng quát cho bệnh nhân.
- Kỹ thuật viên Vật lý trị liệu (Physiotherapist) chuyên về sàn chậu: Đây thường là cử nhân hoặc kỹ thuật viên chuyên ngành Phục hồi chức năng. Họ tập trung vào đánh giá và cải thiện chức năng cơ sàn chậu thông qua các phương pháp bảo tồn, không phẫu thuật: ví dụ như bài tập Kegel, liệu pháp nhận thức hành vi cho cơ sàn chậu, xoa bóp cơ, điện kích thích hoặc biofeedback giúp bệnh nhân kiểm soát tiểu tiện, cải thiện trương lực cơ. Một số kỹ thuật viên được đào tạo chuyên sâu còn có thể khám thăm dò bên trong âm đạo hoặc trực tràng để đánh giá trương lực cơ và hướng dẫn bài tập chính xác. Tuy

nhiên, họ không được chẩn đoán bệnh nội khoa (như viêm nhiễm phụ khoa, ung thư) cũng như không kê đơn thuốc hoặc làm các thủ thuật xâm lấn mà bác sĩ đảm nhiệm. Vai trò của họ thường là phối hợp sau chẩn đoán của bác sĩ, tập trung vào phục hồi chức năng và nâng cao chất lượng sống cho bệnh nhân. Nếu trong quá trình tập mà phát hiện dấu hiệu bệnh lý ngoài phạm vi (ví dụ triệu chứng nhiễm trùng, chảy máu bất thường), kỹ thuật viên phải báo bác sĩ hoặc khuyên bệnh nhân đi khám bác sĩ chuyên khoa. Ở nhiều nước, *phạm vi hành nghề của nhà vật lý trị liệu* cho phép họ làm việc độc lập với bệnh nhân về chức năng vận động, nhưng giới hạn ở khía cạnh cơ – xương – khớp và chức năng. Chẳng hạn, Hội Vật lý trị liệu Hoa Kỳ nêu rõ vật lý trị liệu sàn chậu bao gồm cả can thiệp nội bộ nếu được đào tạo chuyên biệt và luật pháp tiểu bang cho phép. Tóm lại, kỹ thuật viên PHCN sàn chậu không phải là bác sĩ, họ có chuyên môn riêng và làm việc tốt nhất khi phối hợp cùng bác sĩ để theo dõi tiến triển của bệnh nhân.

- Nữ hộ sinh (hộ sinh viên): Hộ sinh được đào tạo chủ yếu về chăm sóc sức khỏe sinh sản và đỡ đẻ. Họ có thể khám thai, theo dõi chuyển dạ, đỡ sinh thường, chăm sóc mẹ và bé sau sinh, tư vấn kế hoạch hóa gia đình. Trong phạm vi sàn chậu, hộ sinh có thể khám tầng sinh môn sau sinh, chăm sóc vết khâu tầng sinh môn, hướng dẫn sản phụ tập bài tập sàn chậu sau sinh. Họ cũng có thể nhận biết những bất thường (sa tử cung, rách tầng sinh môn phức tạp, băng huyết) nhưng phải mời bác sĩ can thiệp khi vượt quá khả năng. Hộ sinh không thực hiện phẫu thuật lớn (như mổ lấy thai, khâu tầng sinh môn độ 3 – 4 – việc này do bác sĩ đảm nhiệm) và không tự ý kê đơn các thuốc kiểm soát (như kháng sinh, thuốc co hồi tử cung liều cao) nếu luật không cho phép. Họ hoạt động theo quy định cho phép của chứng chỉ hành nghề hộ sinh, và khi gặp tình huống nặng (ví dụ sản phụ sa tạng chậu mức độ nặng sau sinh), họ cần phối hợp chuyển cho bác sĩ sản phụ khoa.

- Điều dưỡng: Điều dưỡng hỗ trợ chăm sóc bệnh nhân dưới sự chỉ dẫn của bác sĩ. Trong khám sàn chậu, điều dưỡng lo chuẩn bị dụng cụ, phòng khám, hỗ trợ bệnh nhân tư thế, tâm lý, và theo dõi dấu hiệu sinh tồn. Điều dưỡng không tự ý thăm khám chẩn đoán mà chỉ làm các kỹ thuật theo y lệnh (ví dụ lấy mẫu xét nghiệm, hướng dẫn vệ sinh vùng kín). Nếu điều dưỡng phát hiện điều bất thường trong chăm sóc (ví dụ bệnh nhân đau tăng, chảy máu), họ phải báo cáo bác sĩ. Điều dưỡng không được vượt quá vai trò (ví dụ không được tự khám âm đạo hay thông báo kết luận bệnh) vì đó không thuộc phạm vi đào tạo của họ.
- Chuyên gia tâm lý, trị liệu tâm lý: Họ hỗ trợ khía cạnh sức khỏe tinh thần cho bệnh nhân sàn chậu – nhất là những người có sang chấn, rối loạn lo âu hoặc trầm cảm liên quan. Họ không can thiệp y khoa trực tiếp vào cơ thể bệnh nhân, nhưng làm việc song song với nhóm điều trị y tế để giảm stress, ám ảnh cho bệnh nhân qua liệu pháp tâm lý. Khi bác sĩ nghi ngờ yếu tố tâm lý ảnh hưởng (như đau sàn chậu mãn tính không rõ nguyên nhân thực thể, có tiền sử abuse), nên mời chuyên gia tâm lý cùng tham gia hỗ trợ bệnh nhân.

Tránh lạm quyền và hiểu đúng phạm vi pháp lý: "Lạm quyền" trong y tế có thể hiểu là làm những việc vượt quá thẩm quyền chuyên môn hoặc lợi dụng vị trí để mưu lợi. Trước hết, về mặt chuyên môn, mỗi người hành nghề đều có phạm vi hoạt động được cấp phép cụ thể, được ghi trong chứng chỉ hành nghề. Pháp luật Việt Nam quy định rõ, người hành nghề chỉ được thực hiện khám chữa bệnh trong phạm vi chuyên môn cho phép, ngoại trừ trường hợp cấp cứu khẩn cấp hoặc theo điều động đặc biệt (ví dụ thảm họa). Nếu vượt quá phạm vi này (ví dụ một điều dưỡng tự ý kê đơn thuốc, một kỹ thuật viên làm thủ thuật chưa được phép), thì đó là vi phạm pháp luật. Hành vi này có thể bị xử phạt từ hành chính đến tước giấy phép hành nghề tùy mức độ nghiêm trọng. Do đó, mỗi nhân viên y tế phải nắm rõ giới hạn của bằng cấp mình: được làm gì và không được làm gì. Không nên vì *lòng tham hoặc chủ quan* mà làm thay phần việc của người khác. Ví dụ, một kỹ thuật viên vật lý trị liệu không nên

nhận khám "chẩn đoán bệnh phụ khoa" cho bệnh nhân dù họ có kiến thức cơ bản, vì đó không phải nhiệm vụ được pháp luật giao; hay một bác sĩ chuyên khoa khác (không phải sản khoa) thì không nên tự ý làm thủ thuật sản khoa nếu chưa được đào tạo, kẻo gây hại cho bệnh nhân.

Ngoài ra, lạm quyền còn bao gồm việc lợi dụng uy tín nghề nghiệp để trục lợi hoặc xâm hại bệnh nhân. Những vụ vi phạm đạo đức như bác sĩ gạ tình, lợi dụng khám chỗ kín để lạm dụng bệnh nhân là *tuyệt đối bị nghiêm cấm*. Người hành nghề phải luôn giữ chuẩn mực đạo đức, không được lấy danh nghĩa "khám chữa" để làm điều bất chính. Nếu phát hiện đồng nghiệp lạm quyền, cần mạnh dạn báo cáo theo quy định để bảo vệ bệnh nhân và uy tín nghề.

Hiểu biết quy định pháp lý trong khám – can thiệp sàn chậu: Một số can thiệp sàn chậu có những quy định riêng. Chẳng hạn, tại nhiều nước, khám phụ khoa khi bệnh nhân gây mê (ví dụ để sinh viên thực tập) phải có sự đồng ý trước của bệnh nhân; nếu không sẽ bị coi là xâm phạm. Người hành nghề cần cập nhật các luật và hướng dẫn mới. Tại Việt Nam, Luật mới về Khám bệnh, Chữa bệnh (2023) đưa ra các chế tài nặng hơn nếu hành nghề vượt phạm vi. Các hiệp hội chuyên ngành cũng có hướng dẫn thực hành cho lĩnh vực sàn chậu – ví dụ Hội Phụ sản về chỉ định phẫu thuật sa tạng chậu, Hội PHCN về quy trình tập luyện sàn chậu – mà người hành nghề nên tuân thủ để tránh sai sót. Hồ sơ bệnh án cần ghi chép rõ ràng việc hội chẩn hoặc chuyển tuyến khi cần thiết, nhằm thể hiện ta đã hành động đúng phạm vi.

Hợp tác liên ngành và chuyển tuyến kịp thời: Một dấu hiệu của người hành nghề có đạo đức là biết giới hạn của mình và hợp tác với đồng nghiệp khác vì quyền lợi bệnh nhân. Khi gặp vấn đề nằm ngoài chuyên môn, hãy giải thích và giới thiệu bệnh nhân đến đúng chuyên gia. Ví dụ, kỹ thuật viên PHCN thấy bệnh nhân có dấu hiệu nhiễm trùng tiết niệu (đau, sốt, tiểu buốt nặng) thì khuyên bệnh nhân đi khám bác sĩ niệu khoa ngay, thay vì cố điều trị mù. Ngược lại, bác sĩ sau phẫu thuật vùng chậu nếu bệnh nhân còn rối loạn chức năng nên giới thiệu đến chuyên viên vật lý trị liệu để được tập phục hồi. Sự phối hợp nhịp nhàng và tôn trọng lẫn nhau giữa các chuyên ngành sẽ giúp

bệnh nhân được chăm sóc toàn diện. Quan trọng là, khi chuyển giao, người hành nghề nên giải thích rõ cho bệnh nhân lý do: *"Vấn đề này cần chuyên môn của bác sĩ khác, tôi sẽ giới thiệu anh/chị đến đúng người."* Bệnh nhân sẽ hiểu đó không phải "bỏ rơi" mà là trách nhiệm.

Ví dụ minh họa – *Đúng phạm vi và chuyên nghiệp: Anh A đến phòng khám vật lý trị liệu sàn chậu vì đau vùng cụt kéo dài. Kỹ thuật viên phát hiện anh có triệu chứng tê lan chân, yếu cơ, nghi ngờ hội chứng chèn ép thần kinh nặng. Thay vì tiếp tục điều trị thông thường, kỹ thuật viên ngừng buổi tập và khuyên anh A đi khám bác sĩ chuyên khoa thần kinh cột sống ngay. Nhờ đó, anh A được phát hiện thoát vị đĩa đệm chèn ép và phẫu thuật kịp thời, tránh biến chứng. Kỹ thuật viên đã làm đúng vai trò khi nhận ra vấn đề vượt quá chuyên môn và chuyển bệnh nhân đi đúng hướng.* Ngược lại, *trường hợp chị B bị són tiểu sau sinh, đến một bác sĩ sản khoa. Bác sĩ này không am hiểu về vật lý trị liệu nhưng vẫn khăng khăng chỉ cho thuốc lợi tiểu và không giới thiệu chị B tập phục hồi cơ sàn chậu. Kết quả sau 6 tháng, chị B vẫn són tiểu, ảnh hưởng cuộc sống. Khi tự tìm đến chuyên viên PHCN, chị mới cải thiện rõ. Bác sĩ kia đã thiếu hợp tác liên ngành, làm bệnh nhân chịu thiệt một thời gian dài.* Bài học ở đây là: đừng ngại thừa nhận giới hạn, và hãy coi các đồng nghiệp khác như đối tác cùng chăm sóc bệnh nhân, không phải đối thủ.

Kết hợp hiểu biết pháp lý để bảo vệ bản thân: Người hành nghề cần tự bảo vệ mình bằng cách tuân thủ nghiêm ngặt luật và quy tắc đạo đức. Ghi nhớ rằng: Không khám chữa quá phạm vi được cấp phép, luôn xin phép và được sự đồng ý của bệnh nhân (trừ trường hợp cấp cứu mất năng lực hành vi), giữ bí mật thông tin, và tôn trọng ranh giới cá nhân. Nếu cơ sở y tế yêu cầu làm việc gì nghi ngờ trái quy định, cần làm rõ hoặc từ chối. Nên tham gia các khóa đào tạo liên tục để cập nhật kiến thức chuyên môn *và* kiến thức pháp lý. Khi tất cả nhân viên y tế đều làm đúng vai trò và tôn trọng lẫn nhau, bệnh nhân sẽ nhận được sự chăm sóc tốt nhất trong phạm vi an toàn và hợp pháp.

PHỤ LỤC LÂM SÀNG CHUẨN HÓA – STANDARDIZED CLINICAL APPENDICES

A1 Nhật ký bàng quang 3 ngày – 3 – Day Bladder Diary

Vietnamese: Nhật ký bàng quang 3 ngày là biểu mẫu để người bệnh tự ghi lại thói quen đi tiểu trong khoảng thời gian 3 ngày (không nhất thiết liên tục). Đây là công cụ quan trọng giúp thu thập thông tin về tần suất đi tiểu, lượng nước tiểu mỗi lần, cảm giác mót tiểu (tiểu gấp) và các lần rò rỉ nước tiểu. Nhật ký thường bao gồm cả cột ghi lượng và loại chất lỏng uống vào, mức độ khẩn cấp mỗi khi buồn tiểu, và ghi nhận nếu có són tiểu hay phải dùng miếng lót. Dữ liệu từ nhật ký bàng quang cung cấp thông tin giá trị cho bác sĩ trong chẩn đoán và theo dõi hiệu quả điều trị rối loạn tiểu tiện. Các hướng dẫn quốc tế khuyến cáo bệnh nhân nên hoàn thành nhật ký bàng quang ít nhất 3 ngày để có cái nhìn tổng quát, vì ghi chép một ngày đơn lẻ có thể không phản ánh chính xác thói quen tiểu tiện.

English: The 3 – day bladder diary is a form that patients use to record their voiding habits over a period of three days. It captures key information including the time and volume of each urination, episodes of urgency, and any urine leakage. Most diary templates also have columns for fluid intake (amount, time, and type of beverages) and may note the degree of urgency felt and whether incontinence (leakage) occurred (along with severity or pad usage). By tracking these details, the bladder diary provides valuable information to healthcare professionals for diagnosing lower urinary tract symptoms and monitoring treatment outcomes. Standard practice is to maintain the diary for at least three days (not necessarily consecutive days) to ensure the data reflects typical bladder habits (one day alone may not be representative). The 3 – day bladder diary is a well – validated tool – for example, the ICIQ Bladder Diary has undergone rigorous validation and is recommended as a good general – purpose diary for routine clinical use in patients with LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms).

A2 ICIQ – UI SF, ICIQ – OAB, UDI – 6, IIQ – 7 – Bảng hỏi đánh giá tiểu không kiểm soát và OAB

Vietnamese: Đây là các bảng câu hỏi tiêu chuẩn nhằm đánh giá tình trạng tiểu không kiểm soát và hội chứng bàng quang tăng hoạt, cũng như mức độ ảnh hưởng đến cuộc sống sinh hoạt của bệnh nhân. Tất cả đều là công cụ đã được nghiên cứu, chuẩn hóa và sử dụng rộng rãi trên thế giới. Mỗi bảng hỏi có số lượng câu hỏi ít (dạng rút gọn) nhưng tập trung vào các triệu chứng chính và mức độ ảnh hưởng. Dưới đây là mô tả từng bảng hỏi:

- ICIQ – UI SF *(International Consultation on Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence Short Form)*: Bảng hỏi ngắn gồm 4 câu, đánh giá tần suất xảy ra tiểu không kiểm soát, lượng nước tiểu rò rỉ, mức độ ảnh hưởng của tình trạng này đến chất lượng cuộc sống, và một mục để bệnh nhân tự xác định hoàn cảnh gây ra són tiểu (ví dụ: ho, vận động mạnh…). Phiên bản SF (short form) này rất đơn giản, dễ sử dụng cho cả bệnh nhân và bác sĩ lâm sàng, và đã được dịch ra hơn 40 ngôn ngữ để dùng rộng rãi trên toàn cầu.
- ICIQ – OAB *(ICIQ – Overactive Bladder Questionnaire)*: Bảng câu hỏi đánh giá các triệu chứng của hội chứng bàng quang tăng hoạt (OAB) và tác động của chúng lên chất lượng sống của người bệnh. Bảng gồm 4 câu hỏi chính về: tần suất đi tiểu ban ngày, tiểu đêm (nocturia), cảm giác tiểu gấp, và số lần tiểu không kiểm soát do tiểu gấp (urge incontinence). Mỗi mục còn kèm thang đánh giá mức độ phiền toái của triệu chứng đó đối với bệnh nhân. ICIQ – OAB được phát triển từ các bảng hỏi chuẩn trước đó (như ICSmale và BFLUTS) và hiện được sử dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng và nghiên cứu trên toàn thế giới.
- UDI – 6 *(Urogenital Distress Inventory – 6)*: Bảng câu hỏi 6 mục ngắn gọn đánh giá các triệu chứng đường niệu – sinh dục và mức độ khó chịu mà chúng gây ra cho bệnh nhân. Nội dung UDI – 6 bao

gồm các câu hỏi về: tiểu nhiều lần (tần suất đi tiểu), són tiểu do cảm giác gấp (són tiểu gấp), són tiểu khi gắng sức (khi ho, vận động mạnh), rò rỉ vài giọt nước tiểu (lượng rất ít), khó khăn khi bắt đầu hoặc khi tiểu hết bãi, và cảm giác đau hoặc khó chịu vùng bụng dưới liên quan đến đường tiểu. Mỗi mục được chấm điểm từ 0 (Không hề có/Không gây phiền hà) đến 3 (Gây phiền hà nhiều). Tổng điểm cao hơn phản ánh mức độ nặng nề hơn của triệu chứng đường tiểu.

- IIQ – 7 *(Incontinence Impact Questionnaire – 7)*: Bảng câu hỏi 7 mục dùng để đo lường mức độ ảnh hưởng của việc tiểu không kiểm soát (và các vấn đề sàn chậu liên quan) đến hoạt động hàng ngày và tâm lý của bệnh nhân. Nội dung các câu hỏi IIQ – 7 đề cập đến mức độ mà tình trạng són tiểu/sa sàn chậu ảnh hưởng tới: công việc nhà (nội trợ, dọn dẹp), hoạt động thể chất (đi bộ, tập thể dục), các hoạt động giải trí (xem phim, hòa nhạc...), việc di chuyển xa nhà (>30 phút), các hoạt động giao tiếp xã hội ngoài gia đình, tình trạng cảm xúc (lo lắng, trầm cảm), và cảm giác thất vọng của người bệnh. Tương tự UDI – 6, mỗi khía cạnh được chấm từ 0 (không ảnh hưởng) đến 3 (ảnh hưởng nhiều). Điểm số IIQ – 7 càng cao nghĩa là ảnh hưởng của chứng tiểu không kiểm soát đến chất lượng sống càng lớn.

English: These are standardized questionnaires used to assess urinary incontinence and overactive bladder (OAB) symptoms, along with their impact on a patient's daily function and quality of life. All of these instruments have been validated and are widely used internationally for patient – reported outcome assessment. They are short – form questionnaires focusing on key symptoms and patient – perceived impact. Below is a brief description of each:

- ICIQ – UI SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence Short Form): A short questionnaire with 4 items evaluating the frequency of urinary incontinence, the typical amount of leakage, the overall impact of

incontinence on quality of life, and includes a self – diagnostic item about when leakage happens (e.g. during coughing, exercise, etc.). This simple survey is designed for quick use by patients and clinicians, and it is globally adopted with translations in over 40 languages. It provides a brief yet comprehensive summary of incontinence severity and bother.

- ICIQ – OAB (ICIQ Overactive Bladder Module): A questionnaire for assessing overactive bladder symptoms and their impact on quality of life. It contains 4 main questions addressing urinary frequency, nocturia (night – time urination), urgency, and urge urinary incontinence. Each symptom can be rated for how much it bothers the patient. The ICIQ – OAB was derived from validated predecessors (the ICSmale and BFLUTS questionnaires) and is used worldwide in both research and clinical practice. Its scoring provides an overview of OAB symptom severity (total score 0 – 16, with higher scores indicating more severe symptoms, though bother scores are considered separately).
- UDI – 6 (Urogenital Distress Inventory, short form with 6 items): A brief 6 – question survey that asks about common urinary symptoms and how bothersome each is to the patient. The UDI – 6 covers: frequent urination, urine leakage related to urgency, urine leakage related to physical activity or coughing (stress incontinence), small amounts of leakage (drops), difficulty emptying the bladder, and pain or discomfort in the lower abdominal/pelvic area. Each item is scored 0 (Not at all/No bother) to 3 (Greatly bothersome), reflecting the degree of distress caused by that symptom. A higher total score (out of 18) indicates greater overall symptom distress.
- IIQ – 7 (Incontinence Impact Questionnaire, short form with 7 items): A 7 – question instrument measuring how urinary incontinence (and related pelvic floor issues) affect various aspects of a patient's daily activities, social interactions, and emotional well – being. The IIQ – 7 asks the patient to rate the impact of their

bladder condition on things like: ability to do household chores, physical recreation (e.g. walking, exercise), entertainment activities (movies, concerts), traveling more than 30 minutes from home, participation in social activities, emotional health (nervousness or depression), and feeling frustrated. Each area is scored from 0 (Not at all affected) to 3 (Greatly affected). A higher score (max 21) denotes a greater negative impact of incontinence on the person's quality of life.

All the above questionnaires are validated tools. Notably, the UDI – 6 and IIQ – 7 were originally developed as short – form instruments in the mid – 1990s and have since been widely used in both clinical practice and research. The ICIQ – UI SF and ICIQ – OAB are part of the International Consultation on Incontinence Questionnaire modules and are recommended for universal use to allow standardized assessment and comparison of outcomes.

A3 PFDI – 20, PFIQ – 7 – Bảng hỏi đánh giá rối loạn sàn chậu và chất lượng sống

Vietnamese: PFDI – 20 và PFIQ – 7 là các bảng câu hỏi toàn diện về rối loạn sàn chậu, dùng để đánh giá triệu chứng cũng như ảnh hưởng đến chất lượng sống của người bệnh. Chúng bao quát các vấn đề về tiểu tiện, chức năng đại – trực tràng và sa tạng chậu ở phụ nữ, dưới dạng rút gọn, dễ áp dụng trong lâm sàng. Cả hai bảng hỏi này đều đã được kiểm định là có độ tin cậy, giá trị và tính đáp ứng cao trong đánh giá bệnh lý sàn chậu nữ.

- PFDI – 20 *(Pelvic Floor Distress Inventory – 20)*: Bảng câu hỏi tóm tắt 20 mục về triệu chứng của các rối loạn sàn chậu và mức độ phiền toái do những triệu chứng đó gây ra. PFDI – 20 bao gồm các câu hỏi thuộc ba nhóm triệu chứng: các triệu chứng đường tiểu (tiểu không kiểm soát, tiểu gấp – tương ứng thang UDI), các triệu chứng sa cơ quan vùng chậu (thang POPDI), và các triệu chứng về đại – tràng – trực tràng (thang CRADI). Mỗi nhóm trong phiên bản đầy đủ có nhiều câu hỏi, nhưng ở PFDI – 20, mỗi nhóm được rút gọn còn khoảng 6 – 7 câu hỏi, tổng cộng 20 câu. Bảng hỏi này đã được xác minh là ngắn gọn nhưng vẫn phản ánh tốt mức độ nặng và sự khó chịu do bệnh gây ra, với độ tin cậy và tính giá trị tương đương phiên bản dài. PFDI – 20 thường được sử dụng để định lượng mức độ nghiêm trọng ban đầu của các triệu chứng sàn chậu và để theo dõi sự thay đổi sau điều trị.
- PFIQ – 7 *(Pelvic Floor Impact Questionnaire – 7)*: Bảng câu hỏi 7 mục ngắn gọn nhằm đánh giá ảnh hưởng của các rối loạn sàn chậu lên chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Tương tự cấu trúc của PFDI, bảng PFIQ – 7 gồm ba lĩnh vực chính về ảnh hưởng: ảnh hưởng đến hoạt động liên quan đến tiểu tiện (UIQ – Urinary Impact), ảnh hưởng do sa tạng chậu (POPIQ – Pelvic Organ

Prolapse Impact), và ảnh hưởng liên quan đến chức năng đại – tràng – trực tràng (CRAIQ – Colorectal – Anal Impact). Tuy nhiên, phiên bản rút gọn PFIQ – 7 chỉ gồm tổng cộng 7 câu hỏi đại diện (thay vì ~93 câu của phiên bản đầy đủ), mỗi câu hỏi tóm lược ảnh hưởng chung của nhóm triệu chứng đó. Bệnh nhân sẽ đánh giá mức độ các vấn đề sàn chậu cản trở: các hoạt động thường ngày, khả năng vận động, tham gia giải trí, di chuyển, giao tiếp xã hội, tình trạng tâm lý và cảm xúc nói chung. Mỗi mục chấm theo thang 0 đến 3 tương tự IIQ – 7. PFIQ – 7 đã được chứng minh có tính tin cậy và giá trị tương tự bản đầy đủ, giúp các bác sĩ có thể đo lường nhanh mức độ ảnh hưởng của bệnh lên cuộc sống người bệnh.

English: The PFDI – 20 and PFIQ – 7 are comprehensive questionnaires for pelvic floor disorders, assessing a range of symptoms and their impact on a patient's quality of life. They cover urinary, bowel, and pelvic organ prolapse issues in women, in a shortened format that is practical for clinical use. Both instruments have been validated as reliable, responsive measures for pelvic floor dysfunction and quality of life impact.

- PFDI – 20 (Pelvic Floor Distress Inventory, 20 – item short form): This questionnaire consists of 20 questions summarizing the presence and "bother" of various pelvic floor symptoms. The PFDI – 20 is divided into three symptom subscales: urinary symptoms (the UDI subscale, addressing urinary incontinence and urgency), pelvic organ prolapse symptoms (POPDI subscale), and colorectal/anal symptoms (CRADI subscale). In the original long – form PFDI, each subscale had a larger set of questions (the full PFDI had 46 items total), whereas the PFDI – 20 short form selects the most informative questions (about 6 – 7 per domain) to total 20. Despite its brevity, the PFDI – 20 retains strong reliability and validity, providing a robust measure of symptom severity and distress in women with pelvic floor disorders. It is used to quantify baseline

pelvic floor symptom severity and to track changes after interventions.

- PFIQ – 7 (Pelvic Floor Impact Questionnaire, 7 – item short form): This is a 7 – question survey that evaluates how pelvic floor disorders affect a patient's daily life and activities. Mirroring the structure of the PFDI, the PFIQ – 7 covers three domains of life impact: urinary – related impact (UIQ – Urinary Impact Questionnaire), prolapse – related impact (POPIQ – Pelvic Organ Prolapse Impact), and bowel – related impact (CRAIQ – Colorectal – Anal Impact). The original PFIQ long form contained 93 items (31 per domain), whereas the PFIQ – 7 short form uses only 7 questions that serve as summary indicators for those domains. Patients rate how their bladder, bowel, or prolapse symptoms limit or affect: everyday activities and household tasks, physical exercise, entertainment/hobbies, traveling away from home, social interactions, and overall emotional well – being. Each of the 7 items is scored 0 to 3 (similar to the IIQ – 7 scoring). The PFIQ – 7 has been shown to be a valid and reliable short form, capturing the key quality – of – life impacts of pelvic floor dysfunction while being much quicker to administer. It is commonly used alongside the PFDI – 20 to obtain a full picture of both symptom distress and life impact in patients.

Both PFDI – 20 and PFIQ – 7 were developed as short – form versions of longer questionnaires first introduced in 2001, in order to improve efficiency. They were created by selecting the most predictive items from the original Pelvic Floor Distress Inventory (46 items) and Pelvic Floor Impact Questionnaire (93 items). Published validation studies (Barber et al. 2005) demonstrated that PFDI – 20 and PFIQ – 7 are psychometrically sound, with high test – retest reliability and responsiveness to clinical change. These tools are now widely recommended for outcome assessment in urogynecologic practice and research.

A4 Bảng POP – Q – POP – Q Worksheet – Pelvic Organ Prolapse Quantification

Vietnamese: POP – Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification) là hệ thống phân loại định lượng mức độ sa tạng chậu một cách chuẩn hóa dựa trên các mốc giải phẫu. Bảng POP – Q là biểu mẫu dùng để ghi lại các số đo thăm khám sa các cơ quan vùng chậu (như tử cung, thành trước và sau âm đạo) theo hệ thống POP – Q. Hệ thống này được Hiệp hội Tiểu không kiểm soát Quốc tế (ICS) cùng Hiệp hội Niệu phụ khoa Mỹ (AUGS) và các tổ chức liên quan thống nhất đưa vào sử dụng năm 1996. Hiện nay POP – Q được xem là tiêu chuẩn vàng để mô tả và phân loại mức độ sa sinh dục trong lâm sàng và nghiên cứu.

Bảng POP – Q yêu cầu đo lường vị trí của 6 điểm mốc trên thành âm đạo so với màng trinh (khoảng sinh dục): gồm hai điểm ở thành trước (Aa, Ba), hai điểm ở thành sau (Ap, Bp), và hai điểm ở đỉnh âm đạo/cổ tử cung (C = cổ tử cung hoặc mỏm cắt âm đạo; D = túi cùng sau tử cung, nếu còn tử cung). Các điểm này được đo bằng đơn vị cm, với giá trị âm (–) nếu nằm phía bên trong (phía trên) màng trinh và dương (+) nếu sa ra phía ngoài (dưới) màng trinh. Ngoài ra, bảng còn ghi lại 3 khoảng cách giải phẫu: GH (genital hiatus – khe sinh dục, từ lỗ niệu đạo ngoài đến mép sau màng trinh), PB (perineal body – thân đế chậu, từ mép sau màng trinh đến hậu môn), và TVL (total vaginal length – tổng chiều dài âm đạo khi không sa, đo từ màng trinh đến đỉnh âm đạo ở tư thế bình thường). Dựa trên các số đo này, mức độ sa tạng chậu được chia thành các giai đoạn: độ 0 (không sa), độ I (sa nhẹ, điểm sa cao hơn màng trinh >1 cm), độ II (sa trung bình, điểm sa ±1 cm so với màng trinh), độ III (sa nhiều, điểm sa vượt >1 cm dưới màng trinh nhưng chưa hoàn toàn), và độ IV (sa hoàn toàn, cơ quan sa hết ra ngoài âm đạo). Bảng POP – Q chuẩn hóa cách đánh giá, giúp các bác sĩ có tiếng nói chung khi mô tả mức độ sa và theo dõi tiến triển hoặc kết quả điều trị.

English: The POP – Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification) system is an international standard for objectively measuring and staging pelvic organ prolapse using defined anatomical reference points. The POP – Q worksheet is a form used to record these measurements during a pelvic exam for prolapse. This system was established by the International Continence Society (ICS) together with American urogynecologic societies in 1996, and it has since become the universally adopted method for describing and comparing prolapse findings.

On the POP – Q exam form, the clinician measures the location of six specific points in the vagina relative to the hymenal ring (which is designated as the zero reference point). These include two points along the anterior vaginal wall (Aa and Ba), two along the posterior vaginal wall (Ap and Bp), and two apical points (C = the cervix or vaginal cuff scar, and D = posterior fornix, applicable if the uterus is present). Each point's position is measured in centimeters: negative (–) values indicate the point is above/proximal to the hymen (inside the vagina), and positive (+) values indicate it is below/distal to the hymen (prolapsed outside). In addition to these six point measurements, three anatomical distances are recorded: GH (genital hiatus – the length from the external urethral opening to the posterior hymenal edge), PB (perineal body – the distance from the posterior hymenal edge to the center of the anus), and TVL (total vaginal length at rest, from the hymen to the vaginal apex with prolapse reduced). Using the recorded measurements, the degree of prolapse is then staged from 0 to IV: Stage 0 (no prolapse), Stage I (mild prolapse, most distal point >1 cm above the hymen), Stage II (moderate, most distal point within 1 cm above or below the hymen), Stage III (advanced, most distal point >1 cm below the hymen but not fully external), and Stage IV (complete or nearly complete eversion of the vagina). The POP – Q worksheet standardizes prolapse assessment, allowing clear communication and comparison of exam findings and outcomes across providers and time.

A5 Mẫu SOAP & mục tiêu SMART –
SOAP Note & SMART Goals Sheets

Vietnamese: Mẫu ghi chép SOAP và thiết lập mục tiêu SMART là hai công cụ chuẩn được sử dụng trong hành vi hành nghề y khoa, nhằm hỗ trợ bác sĩ và chuyên viên trị liệu ghi lại thông tin thăm khám và lập kế hoạch điều trị một cách có hệ thống.

- SOAP: Đây là viết tắt của bốn phần thông tin trong một ghi chú lâm sàng: S – Subjective (Chủ quan), O – Objective (Khách quan), A – Assessment (Đánh giá), P – Plan (Kế hoạch). Cấu trúc SOAP giúp tổ chức bản ghi chép mỗi lần khám:

+ *S (Chủ quan)* – Thông tin chủ quan do bệnh nhân kể về triệu chứng, vấn đề của họ. Ví dụ: mô tả tình trạng tiểu không kiểm soát, cảm giác của bệnh nhân, tiền sử bệnh liên quan... (những gì bệnh nhân nói).

+ *O (Khách quan)* – Dữ liệu khách quan do nhân viên y tế quan sát hoặc đo lường được. Bao gồm kết quả khám thực thể, các test, đo lường lâm sàng (ví dụ: đánh giá sức cơ sàn chậu, kết quả nghiệm pháp ho, đo khoảng sa trong POP – Q...), hoặc các chỉ số và thang điểm khách quan khác.

+ *A (Đánh giá)* – Nhận định/chẩn đoán của bác sĩ hoặc chuyên viên sau khi xem xét thông tin chủ quan và khách quan. Phần này tóm tắt vấn đề chính, chẩn đoán (ví dụ: chẩn đoán xác định tiểu không kiểm soát do gắng sức độ II), phân tích tình trạng hiện tại của bệnh nhân, và có thể bao gồm suy luận chuyên môn về nguyên nhân hoặc mức độ của vấn đề.

+ *P (Kế hoạch)* – Kế hoạch quản lý và điều trị tiếp theo. Phần này ghi rõ những việc sẽ làm: chỉ định xét nghiệm thêm, kế hoạch điều trị (dùng thuốc, tập luyện, phẫu thuật...), mục tiêu kỳ vọng, lịch theo dõi tái khám, và các dặn dò cho bệnh nhân.

Lưu ý: Mẫu SOAP được áp dụng rộng rãi do tính rõ ràng, mạch lạc của nó trong hồ sơ bệnh án. Khi sử dụng SOAP, nhân viên y tế nên cố gắng viết đầy đủ các thông tin cần thiết ở mỗi phần, tránh viết quá sơ sài hoặc dùng quá

nhiều từ viết tắt khó hiểu. Mẫu SOAP cũng có thể được điều chỉnh linh hoạt để bổ sung thông tin về mục tiêu điều trị hoặc kết quả mong đợi của bệnh nhân (như tích hợp mục tiêu SMART vào phần Kế hoạch).

SMART: Đây là nguyên tắc để đặt mục tiêu điều trị cụ thể và đo lường được. SMART là viết tắt của các tiêu chí: S – Specific (Cụ thể), M – Measurable (Đo lường được), A – Achievable/Attainable (Có thể đạt được), R – Realistic/Relevant (Thực tế/Phù hợp), T – Time – bound (Có thời hạn). Khi xây dựng mục tiêu SMART trong kế hoạch điều trị, người thực hành cần đảm bảo:

- *Specific (Cụ thể)* – Mục tiêu phải rõ ràng, chi tiết, nhắm vào vấn đề cụ thể. Ví dụ: "Giảm số lần són tiểu ban ngày xuống còn ≤1 lần/ngày". Tránh các mục tiêu mơ hồ như "cải thiện sức khỏe chung".
- *Measurable (Đo lường được)* – Mục tiêu cần định lượng hoặc định tính được để theo dõi tiến độ. Ví dụ: đo bằng số lần rò rỉ, điểm số bảng hỏi (ICIQ), hoặc thời gian nhịn tiểu kéo dài bao lâu. Điều này cho phép đánh giá được mức độ đạt mục tiêu.
- *Achievable (Có thể đạt được)* – Mục tiêu đặt ra phải khả thi với điều kiện và khả năng của bệnh nhân. Tránh đặt mục tiêu quá cao ngoài tầm với, thay vào đó cân nhắc tình trạng hiện tại để mục tiêu có tính thách thức nhưng vẫn làm được. Ví dụ: một bệnh nhân lớn tuổi có thể khó đạt hoàn toàn không còn són tiểu, nhưng có thể đạt giảm 50%

  tần suất.
- *Relevant (Phù hợp)* – Mục tiêu cần phù hợp với nhu cầu và tình trạng của bệnh nhân, và liên quan trực tiếp đến vấn đề sức khỏe đang được giải quyết. Ví dụ: tập trung vào việc kiểm soát tiểu són nếu đó là mối quan tâm chính của bệnh nhân, thay vì mục tiêu không liên quan.
- *Time – bound (Có thời hạn)* – Mục tiêu nên gắn với một mốc thời gian cụ thể để hoàn thành hoặc đánh giá lại. Ví dụ: "Sau 3 tháng tập luyện, số lần tiểu đêm giảm từ 3 xuống ≤1 lần". Thời hạn rõ ràng giúp tạo động lực và khung đánh giá kết quả.

Việc thiết lập mục tiêu SMART trong thực hành phục hồi chức năng và điều trị rất quan trọng. Mục tiêu SMART giúp bệnh nhân và nhân viên y tế hiểu rõ định hướng điều trị, đánh giá được tiến bộ qua thời gian, và tăng tính cam kết của bệnh nhân đối với kế hoạch đề ra. Khi ghi chép theo mẫu SOAP, phần Kế hoạch (Plan) thường bao gồm các mục tiêu SMART này để theo dõi hiệu quả điều trị trong những lần tái khám sau.

English: The SOAP note format and SMART goals are two standardized tools used in clinical practice to document patient encounters and to set clear treatment objectives. They help ensure that medical notes are organized and that therapy goals are well – defined and trackable.

- SOAP: This acronym stands for the four key components of a clinical progress note: S – Subjective, O – Objective, A – Assessment, P – Plan. A SOAP note is a highly structured way to record information for each patient visit:

+ *S (Subjective)* – The subjective information the patient reports. This includes the patient's own descriptions of symptoms, concerns, and history in their own words. For example, in a pelvic floor context, the patient might report episodes of urine leakage, feelings of urgency, or how the symptoms affect their daily life (everything the patient says about their condition).

+ *O (Objective)* – The objective findings observed or measured by the clinician. This section includes physical examination results, lab or test results, and any measurable data or clinical observations (e.g. pelvic floor muscle strength grade, result of a cough stress test, POP – Q measurements, scores on validated questionnaires). Essentially, it covers factual, quantifiable information gathered during the visit.

+ *A (Assessment)* – The assessment by the healthcare provider, which is their professional analysis and diagnosis based on the subjective and objective information. In this part, the clinician summarizes the patient's status and issues, provides a diagnosis or clinical impression (for example: "Stress urinary incontinence, grade II" or "Pelvic organ prolapse stage III"), and may discuss the underlying factors or severity.

It often synthesizes the findings into a coherent evaluation of the problem.

+ *P (Plan)* – The plan for treatment and follow – up. This outlines the next steps in management, including any additional tests or referrals, the treatment interventions (for example: begin pelvic floor muscle training program, medications, or schedule surgery), patient education and lifestyle advice, and specific goals and timeline for therapy. The Plan should be clear enough that any other provider reading the note knows what will be done next for the patient.

Note: The SOAP format is widely adopted because it promotes clear and organized documentation with a logical flow from information gathering to plan. Clinicians using SOAP notes are encouraged to include sufficient detail in each section and to avoid overly terse, abbreviation – heavy notes that might be hard for others to interpret. The SOAP structure is flexible; for instance, one can integrate specific patient goals or outcomes (often using SMART criteria) into the "Plan" section to guide ongoing care.

- SMART: This is a framework for setting well – defined treatment goals. SMART stands for Specific, Measurable, Achievable (or Attainable), Realistic (or Relevant), and Time – bound. When creating a treatment plan, using SMART criteria helps ensure goals are clear and trackable:

+ *Specific* – Goals should be clear and specific, targeting a particular area or outcome. For example, instead of a vague goal like "improve bladder control," a specific goal would be: "Decrease daytime urinary leakage episodes to no more than 1 per day." A specific goal defines who/what is involved, and what is to be accomplished.

+ *Measurable* – Goals need criteria for measuring progress so you can determine if the goal is being met. This could be a number, frequency, score, or some observable change. For instance, "reduce nighttime urination from 3 times to 1 time per night" provides a measurable target. Measurable goals often answer "how much or how many" – they allow objective tracking of improvement.

+ *Achievable* – Goals should be realistically attainable for the patient's situation and abilities. While goals should be challenging, they must remain possible. Setting an unattainable goal can discourage the patient. For example, aiming for a 100% elimination of incontinence in a very complex case might not be achievable; a more attainable goal might be a 50% reduction in leakage episodes. The care provider considers the patient's baseline and resources to set a goal that can be reached with effort.

+ *Relevant* – Goals must be relevant to the patient's needs and health issues, meaning they directly address the problem at hand. A relevant goal in pelvic floor therapy would focus on continence or prolapse symptoms that matter to the patient, rather than unrelated health targets. This ensures the goal aligns with the broader treatment objectives and the patient's own priorities.

+ *Time – bound* – Every goal should have a time frame or deadline for achievement or reevaluation. For example: "Within 3 months of therapy, increase the interval between voids to at least 2 hours." Having a specific time limit creates a sense of urgency and allows scheduling of progress assessments (e.g., at the next follow – up in 3 months, did we meet this goal?). Time – bound goals answer the question "by when?"

Using SMART goals is considered best practice in rehabilitation and treatment planning. SMART goals help motivate patients and provide a clear roadmap for therapy because they set defined targets and outcomes. In practice, when writing the Plan (P) portion of a SOAP note, clinicians often include one or more SMART goals. For example, the plan might state: "Goal: Patient will perform pelvic floor exercises daily with the aim to [Specific] reduce stress urinary leaks to <1 per week, [Measurable] as recorded in bladder diary, [Achievable] given current baseline of 3 leaks/week, [Relevant] to improving continence, [Time – bound] within 8 weeks." Incorporating SMART goals in the documentation helps with monitoring progress over time – at each subsequent visit, the team can objectively review whether the patient is on track to meet these goals, and adjust the plan accordingly.

A6 Tờ rơi bài tập minh họa – Pelvic Floor Exercise Handouts (PFMT Guides)

Vietnamese: *Bài tập cơ sàn chậu* (còn gọi là bài tập Kegel) là phương pháp tập luyện nhằm tăng cường sức mạnh và độ dẻo dai cho nhóm cơ nâng đỡ các cơ quan vùng chậu (bàng quang, tử cung, trực tràng). Trong thực hành, bệnh nhân thường được cung cấp tờ rơi hoặc tài liệu hướng dẫn có hình ảnh minh họa để dễ hiểu cách tập và có thể tự tập đúng kỹ thuật tại nhà. Tờ rơi bài tập cơ sàn chậu thường trình bày những nội dung chính sau một cách song ngữ và trực quan:

- Giải phẫu và chức năng cơ sàn chậu: Tài liệu giới thiệu ngắn gọn về vị trí và cấu tạo của các cơ sàn chậu – đó là một tấm cơ mỏng kéo dài như một cái võng từ xương mu ở phía trước đến xương cụt ở phía sau, nâng đỡ bên dưới các tạng trong khung chậu. Chức năng của nhóm cơ này được liệt kê (ví dụ: co lại khi ho/hắt hơi để ngăn rò nước tiểu, nâng đỡ tử cung và bàng quang đúng vị trí, kiểm soát sự đi tiểu và đại tiện, góp phần trong cảm giác tình dục). Phần này giúp bệnh nhân hiểu cơ sàn chậu là gì và vì sao cần tập luyện.
- Lợi ích của việc tập luyện cơ sàn chậu: Tờ rơi giải thích rằng tập cơ sàn chậu thường xuyên và đúng cách sẽ giúp các cơ này khỏe hơn và bền hơn, qua đó cải thiện được các triệu chứng như són tiểu khi gắng sức, tiểu gấp, sa tạng chậu, và thậm chí cải thiện chức năng tình dục. Nhiều phụ nữ khi kiên trì tập luyện đã giảm rõ rệt triệu chứng tiểu không kiểm soát hoặc phục hồi hoàn toàn, tránh được hoặc trì hoãn nhu cầu phải phẫu thuật. Điều này tạo động lực cho bệnh nhân tuân thủ bài tập.
- Hướng dẫn cách tập cụ thể: Phần quan trọng của tờ rơi là chỉ dẫn từng bước cách thực hiện bài tập Kegel một cách đúng kỹ thuật. Ví dụ: cách xác định đúng nhóm cơ – bệnh nhân được hướng dẫn tưởng

tượng đang cố gắng nhịn tiểu giữa chừng và đồng thời nhịn "xì hơi", khi đó họ sẽ cảm nhận được sự co thắt nâng lên của cơ xung quanh niệu đạo và hậu môn. Tư thế tập: khuyến khích bắt đầu tập ở tư thế thoải mái như nằm ngửa hoặc ngồi, hai gối hơi mở, giữ cho cơ bụng, cơ đùi và mông thư giãn. Kỹ thuật thở: nhắc bệnh nhân không nín thở khi tập, thở bình thường. Tránh sai động tác: ví dụ không co các cơ đùi, mông hay nâng vai lên khi gồng, chỉ tập trung co thắt vùng sàn chậu. Thường có hình minh họa hoặc sơ đồ để bệnh nhân hình dung đúng động tác và vị trí cơ.

- Chương trình luyện tập (Kế hoạch tập): Tài liệu đưa ra khuyến nghị về số lượng và thời gian tập mỗi ngày. Chẳng hạn, một chương trình điển hình là thực hiện bài tập chậm (co và giữ cơ sàn chậu khoảng 5 – 10 giây rồi thả lỏng) lặp lại 10 lần, và bài tập nhanh (co thắt nhanh rồi thả, lặp đi lặp lại) 10 lần; làm như vậy 3 lần mỗi ngày. Nhấn mạnh cần tăng dần số lần co hoặc thời gian giữ cơ tùy theo sức chịu đựng, và phải kiên trì tập liên tục ít nhất 8 – 12 tuần mới thấy rõ hiệu quả. Tờ rơi cũng đề nghị bệnh nhân ghi chép quá trình tập hoặc cảm nhận cải thiện (nếu có) để đem theo khi tái khám.
- Lưu ý và hỗ trợ thêm: Phần cuối tài liệu thường liệt kê một số lưu ý: ví dụ không nên quá gắng sức ngay từ đầu để tránh mỏi cơ; không tập nhịn tiểu giữa chừng thường xuyên (vì có thể gây nhiễm trùng tiểu, chỉ làm một vài lần để nhận biết cơ đúng); duy trì thói quen tập như một phần sinh hoạt hằng ngày (có thể lồng ghép vào lúc đánh răng, xem TV, v.v.). Nếu bệnh nhân gặp khó khăn trong việc cảm nhận hoặc co đúng cơ, tài liệu khuyên họ nên trao đổi với bác sĩ hoặc chuyên viên vật lý trị liệu – có những phương pháp hỗ trợ như phản hồi sinh học (biofeedback) hoặc kích thích điện giúp người bệnh tập hiệu quả hơn. Sự động viên cũng được nhấn mạnh: cải thiện thường đến từ từ sau vài tuần, vì vậy bệnh nhân không nên nản chí nếu chưa thấy kết quả ngay lập tức, hãy tiếp tục luyện tập đều đặn để đạt được lợi ích lâu dài.

English: *Pelvic floor muscle training* (PFMT, commonly known as Kegel exercises) is an exercise program designed to strengthen the muscles that form the pelvic floor, which support the bladder, uterus, and rectum. Patients are often provided with illustrated handouts or pamphlets that clearly explain how to perform these exercises correctly at home. A pelvic floor exercise handout typically covers the following points in a clear, patient – friendly way (often in bilingual format for wider understanding):

- Pelvic floor anatomy and function: The handout usually begins by describing what and where the pelvic floor muscles are – a thin sheet of muscle fibers and connective tissue stretching underneath the pelvis from the pubic bone in front to the tailbone in back. It outlines the functions of these muscles (for example: they contract reflexively when you cough or sneeze to prevent urine leakage; they support the pelvic organs to maintain proper position; they help control the release of urine, gas, and stool; and they contribute to sexual function). This section educates the patient on why these muscles are important and sets the stage for understanding the exercises.
- Benefits of exercising the pelvic floor: The handout explains that through regular and proper exercise, pelvic floor muscles can become stronger and more coordinated, which helps alleviate symptoms. Benefits highlighted include improvement (and even cure) of stress urinary incontinence and urgency, prevention or reduction of pelvic organ prolapse symptoms, and enhanced sexual satisfaction due to better muscle tone. It notes that many women experience major improvement or complete recovery from stress incontinence by diligently doing pelvic floor exercises, often avoiding or delaying the need for surgical intervention. Emphasizing these positive outcomes can motivate patients to adhere to the exercise regimen.

- Detailed exercise instructions: A core part of the pamphlet is step – by – step guidance on *how* to perform Kegel exercises correctly. For example, it will instruct on identifying the correct muscles – advising the patient to imagine stopping the flow of urine midstream and holding in gas at the same time, which causes a lifting and tightening of the vaginal and anal area (this sensation indicates the pelvic floor muscles contracting). It describes the proper posture for exercise, such as sitting comfortably with legs slightly apart or lying flat on the back with knees bent, while ensuring the abdominal, thigh, and buttock muscles stay relaxed. Breathing is emphasized (continue to breathe normally, do not hold your breath during contractions). The guide also warns against common mistakes like tensing the wrong muscles (e.g. not to squeeze the thighs or buttocks or bear down, which is counterproductive). Diagrams or illustrations are typically included to show the location of the pelvic floor muscles and the motion of "squeezing and lifting," helping visual learners perform the exercise correctly.
- Training regimen (exercise program): The handout outlines a recommended schedule for practice. For instance, a standard program may suggest doing slow contraction exercises (squeeze and lift the pelvic floor, hold for about 5 – 10 seconds, then relax) for 10 repetitions, and fast contraction exercises (quick, strong squeezes lasting ~1 second each) for another 10 repetitions, and to repeat this set three times a day. It stresses the importance of consistency, advising patients to build up the duration and number of contractions gradually as their muscle strength improves. A key point is that patience and regularity are required – meaningful improvement might only be noticeable after several weeks (typically 8 – 12 weeks of faithful practice), so the patient should not be discouraged if results are not immediate. Some handouts include a tracking log or encourage the patient to keep a diary of their exercise

sessions and any changes in symptoms to discuss with their provider at follow – up.

- Additional tips and support: The latter part of the leaflet often provides tips and addresses potential issues. For example, it will caution against overexerting the muscles (especially in the beginning – soreness is possible if one does too much too soon), and clarify that one should not regularly stop urine flow midstream as an exercise (that method is only for locating muscles initially; doing it frequently can lead to problems such as urinary tract infection). Instead, patients are advised to do exercises after emptying the bladder. The guide encourages integrating the exercises into daily routines (for instance, doing a set after using the bathroom, or at set times like morning, midday, and night). If a patient has difficulty performing the contractions correctly, the handout suggests seeking help from a healthcare provider – a pelvic floor physiotherapist can provide additional techniques or use biofeedback devices to ensure proper muscle activation. The tone is encouraging: it reminds patients that improvement is gradual and that they should continue with the exercises even if progress seems slow, as persistence will yield benefits in the long run. It may also mention that pelvic floor health is a lifelong concern, and continuing the exercises even after symptoms improve can help maintain the gains and prevent future problems.

Nguồn/References: Các bảng hỏi và mẫu biểu trên đều được xây dựng dựa trên các tiêu chuẩn hoặc khuyến cáo quốc tế:

- Nhật ký bàng quang 3 ngày: tham khảo mẫu ICIQ Bladder Diary – một biểu mẫu đã được chuẩn hóa và xác thực, ghi lại lượng dịch uống vào, lượng nước tiểu, cảm giác buồn tiểu và số lần rò rỉ trong 3 ngày. Công cụ này được đánh giá mức A+ về độ tin cậy, giá trị bởi Hội đồng Tư vấn Quốc tế về Tiểu không kiểm soát. Ngoài ra, hướng dẫn của IUGA cũng nhấn mạnh lợi ích của nhật ký bàng quang

trong việc cung cấp thông tin cho bác sĩ và bệnh nhân hiểu rõ tình trạng bàng quang của mình.

- ICIQ – UI SF, ICIQ – OAB: là các bảng hỏi thuộc nhóm ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaires) – bộ câu hỏi tiêu chuẩn hóa trên phạm vi quốc tế. ICIQ – UI SF được sử dụng rộng rãi để lượng giá nhanh mức độ tiểu không kiểm soát và tác động của nó. ICIQ – OAB được phát triển dành riêng cho hội chứng bàng quang tăng hoạt, dựa trên các bảng hỏi kinh điển và đã được kiểm định chặt chẽ, cho phép đánh giá triệu chứng OAB một cách
  ngắn gọn.
- UDI – 6, IIQ – 7: là các bảng hỏi rút gọn kinh điển do Shumaker và cộng sự phát triển (1995), dùng rộng rãi trong nghiên cứu và lâm sàng để đánh giá mức độ nặng của triệu chứng tiết niệu (UDI – 6) và ảnh hưởng của chứng tiểu không kiểm soát lên cuộc sống (IIQ – 7). Chúng đã được tích hợp vào các bộ câu hỏi lớn hơn về rối loạn sàn chậu (như PFDI, PFIQ) và được chứng minh giá trị qua nhiều nghiên cứu.
- PFDI – 20, PFIQ – 7: được phát triển bởi Barber và cộng sự (2001, 2005) nhằm tạo công cụ ngắn gọn nhưng bao quát cho rối loạn sàn chậu. Các phiên bản này đã được *thẩm định độ tin cậy và độ nhạy* trong việc phản ánh thay đổi triệu chứng sau điều trị, và hiện là bộ câu hỏi khuyến cáo sử dụng trong lâm sàng Uro – phụ khoa để đánh giá toàn diện triệu chứng và chất lượng sống của bệnh nhân.
- POP – Q: là hệ thống phân loại sa tạng chậu được ICS, IUGA và AUGS đồng thuận thiết lập. Báo cáo chung ICS/IUGA 2010 và 2016 về thuật ngữ sàn chậu đã xác nhận POP – Q là tiêu chuẩn để mô tả mức độ sa hiện nay. Mẫu worksheet POP – Q được sử dụng thống nhất trên thế giới, giúp giảm sai khác giữa các người khám và nghiên cứu. Physiopedia và các hướng dẫn lâm sàng có cung cấp bảng tham khảo POP – Q kèm theo sơ đồ để dễ áp dụng.

- SOAP & SMART: SOAP là cấu trúc ghi chép do Lawrence Weed đề xuất từ những năm 1960, nay được giảng dạy rộng rãi trong các trường y và chương trình đào tạo lâm sàng. Các hướng dẫn của Hiệp hội Vật lý trị liệu Hoa Kỳ (APTA) cũng khuyến khích sử dụng định dạng SOAP trong hồ sơ điều trị, nhấn mạnh bổ sung mục tiêu chức năng vào phần Kế hoạch. Nguyên tắc SMART trong đặt mục tiêu được giới thiệu từ lĩnh vực quản lý (Doran, 1981) nhưng đã thâm nhập mạnh mẽ vào y học phục hồi và chăm sóc sức khỏe. Tài liệu huấn luyện của nhiều tổ chức (như Physiopedia và NIH) mô tả chi tiết cách thiết lập mục tiêu SMART trong vật lý trị liệu để cải thiện hiệu quả can thiệp.
- Tờ rơi bài tập cơ sàn chậu: thường được tham khảo từ các nguồn đáng tin cậy như trang thông tin bệnh nhân của IUGA/ICS (), các bệnh viện phụ sản hoặc hội sản phụ khoa. Ví dụ, IUGA đã xuất bản tờ hướng dẫn “Pelvic Floor Exercises: A Guide for Women” với nội dung đầy đủ về lợi ích và cách tập PFMT kèm hình ảnh minh họa. Các tài liệu của NHS (Anh) hoặc Hiệp hội Niệu khoa cũng có tờ hướng dẫn bài tập Kegel cho bệnh nhân, nhấn mạnh tập ít nhất 3 tháng và duy trì lâu dài. Tài liệu hướng dẫn của Mạng lưới Rối loạn Sàn chậu (Mỹ) còn cung cấp cả bảng theo dõi bài tập cho bệnh nhân tự ghi nhận tiến bộ. Những nguồn này đều thống nhất khuyến cáo rằng PFMT là phương pháp điều trị đầu tay cho tiểu không kiểm soát nhẹ và sa tạng chậu độ I – II trước khi nghĩ đến can thiệp xâm lấn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Việc lựa chọn tài liệu tham khảo chính là bước nền tảng tối quan trọng để đảm bảo tính khoa học, độ chính xác và sự chuẩn hóa quốc tế của cuốn sách "Sàn chậu học cơ bản". Vì mục tiêu chính là định nghĩa và khái niệm, các tài liệu cốt lõi phải là các báo cáo đồng thuận về chuẩn hóa thuật ngữ từ các hiệp hội quốc tế hàng đầu.

I. Các báo cáo về chuẩn hóa thuật ngữ và định nghĩa – Standardization reports

Đây là nhóm tài liệu quan trọng nhất. Chúng cung cấp các định nghĩa chuẩn được quốc tế công nhận, chủ yếu từ Hội Kiểm soát Tiểu tiện Quốc tế (ICS) và Hội Niệu phụ khoa Quốc tế (IUGA). Cuốn sách cần bám sát tuyệt đối ngôn ngữ trong các tài liệu này.

1) Tài liệu Nền tảng Tổng quát (Bắt buộc):

- Haylen, B. T., de Ridder, D., Freeman, R. M., et al. (2010). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourology and Urodynamics*, 29(1), 4 – 20.

Vai trò: Định hình ngôn ngữ chung cho toàn bộ lĩnh vực sàn chậu nữ (triệu chứng, dấu hiệu, bệnh lý).

2) Thuật ngữ về Chức năng Đường tiểu dưới (LUTS) và Niệu động học:

- Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., et al. (2002). The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub – committee of the International Continence Society. *Neurourology and urodynamics*, 21(2), 167 – 178.

Vai trò: Tài liệu kinh điển định nghĩa các triệu chứng LUTS và các khái niệm Niệu động học.

3) Thuật ngữ Chuyên biệt về Sàn chậu:

Sa Tạng Chậu (POP) và Hệ thống POP – Q (Mô tả gốc):

Bump, R. C., Mattiasson, A., Bø, K., et al. (1996). The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *American journal of obstetrics and gynecology*, 175(1), 10 – 17.

Rối loạn chức năng Hậu môn Trực tràng ở Nữ:

Sultan, A. H., Monga, A., Lee, J., et al. (2017). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female anorectal dysfunction. *Neurourology and Urodynamics*, 36(1), 10 – 34.

Hội chứng Đau vùng chậu Mạn tính:

Doggweiler, R., Whitmore, K. E., Meijlink, J. M., et al. (2017). A standard for terminology in chronic pelvic pain syndromes: A report from the chronic pelvic pain working group of the International Continence Society. *Neurourology and Urodynamics*, 36(4), 984 – 1008.

Quản lý Bảo tồn (Vật lý trị liệu, Phục hồi chức năng):

Bø, K., Frawley, H. C., Haylen, B. T., et al. (2017). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J.* 28(2): 191 – 213.

II. Các Bài Báo Nền Tảng và Kinh Điển – Landmark Papers

Các bài báo này không phải là hướng dẫn, nhưng chúng định hình các khái niệm cốt lõi về giải phẫu chức năng và các lý thuyết bệnh sinh quan trọng.

1) Các Mức độ Nâng đỡ (Levels of Support):

DeLancey, J. O. (1992). Anatomic aspects of vaginal eversion after hysterectomy. *American journal of obstetrics and gynecology*, 166(6 Pt 1), 1717 – 1728.

Vai trò: Định nghĩa 3 mức độ nâng đỡ giải phẫu (Levels I, II, III), là nền tảng cho phẫu thuật sàn chậu hiện đại.

2) Lý thuyết Tích hợp (Integral Theory):

- Petros, P. E., & Ulmsten, U. I. (1990). An integral theory of female urinary incontinence: experimental and clinical considerations. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. Supplement*, 153, 7 – 31.

III. Hướng Dẫn Thực Hành Lâm Sàng – Clinical Practice Guidelines – CPGs

Các CPGs cung cấp bối cảnh lâm sàng và sự đồng thuận về chẩn đoán, giúp làm rõ cách áp dụng các khái niệm và định nghĩa vào thực hành. (Lưu ý: Luôn sử dụng phiên bản mới nhất tại thời điểm biên soạn).

1) Hội Niệu khoa Châu Âu (EAU – European Association of Urology):

(Truy cập: https://uroweb.org/guidelines)

- EAU Guidelines on Urinary Incontinence.
- EAU Guidelines on Pelvic Organ Prolapse.
- EAU Guidelines on Neuro – Urology.
- EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain.

2) Hội Niệu khoa Hoa Kỳ (AUA – American Urological Association) và SUFU:

(Truy cập: https://www.auanet.org/guidelines – and – quality)

- Diagnosis and Treatment of Overactive Bladder (OAB) in Adults (AUA/SUFU).
- Surgical Management of Female Stress Urinary Incontinence (AUA/SUFU).
- Urodynamics: AUA/SUFU Guideline.

3) Các Hiệp hội Sản Phụ khoa:

ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists): Practice Bulletins về Pelvic Organ Prolapse và Urinary Incontinence in Women.

NICE (National Institute for Health and Care Excellence – UK): Guideline [NG123]: Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management.

4) Lĩnh vực Hậu môn Trực tràng và Tiêu hóa:

ASCRS (American Society of Colon and Rectal Surgeons): Clinical Practice Guidelines (Ví dụ: Management of Fecal Incontinence, Management of Constipation).

Rome IV Criteria: Tiêu chuẩn đồng thuận quốc tế để định nghĩa các Rối loạn Tiêu hóa Chức năng.

**SUFU: Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine & Urogenital Reconstruction.*

IV. Sách Giáo Khoa Chuyên Ngành – Textbooks

Dùng để tham khảo kiến thức nền tảng sâu rộng về giải phẫu, sinh lý và bệnh học chi tiết.

1) Niệu Phụ khoa và Phẫu thuật Sàn chậu:

Walters and Karram's Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery. (Giáo trình chuẩn mực).

2) Tiết niệu Tổng quát:

Campbell – Walsh – Wein Urology. (Bách khoa toàn thư về Tiết niệu học).

3) Phục hồi chức năng và Vật lý trị liệu:

Bø K, et al. Evidence – Based Physical Therapy for the Pelvic Floor.

4) Giải phẫu và Sinh lý:

Các Atlas giải phẫu uy tín (Ví dụ: Netter's Atlas, Gray's Anatomy).

Guyton and Hall Textbook of Medical Physiology.

Tài liệu tham khảo bổ sung

I. Giải Phẫu Chức Năng, Cơ Sinh Học và Chẩn Đoán Hình Ảnh

1) DeLancey, J. O. (1994). Structural support of the urethra as it relates to stress urinary incontinence: the hammock hypothesis. *American journal of obstetrics and gynecology*, 170(6), 1713 – 1723.

(Khái niệm nền tảng về Giả thuyết Võng).

2) Ashton – Miller, J. A., & DeLancey, J. O. (2007). Functional anatomy of the female pelvic floor. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1101(1), 266 – 296.

(Bài tổng quan xuất sắc về giải phẫu chức năng và cơ sinh học).

3) Petros, P. E. P. (2010). The Female Pelvic Floor: Function, Dysfunction and Management According to the Integral Theory. Springer – Verlag.

(Tài liệu chuyên sâu về Lý thuyết Tích hợp).

4) Corton, M. M. (2009). Anatomy of pelvic floor dysfunction. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 36(3), 401 – 419.
5) Dietz, H. P. (2010). Pelvic floor ultrasound: a review. *American journal of obstetrics and gynecology*, 202(4), 321 – 334.

(Tổng quan về vai trò và các khái niệm trong siêu âm sàn chậu).

6) Santoro, G. A., Wieczorek, A. P., Dietz, H. P., et al. (2021). IUGA/ICS Joint Report on the Terminology for the Imaging of the Pelvic Floor. *Int Urogynecol J* 32, 2947 – 3015.

(Báo cáo chuẩn hóa thuật ngữ về hình ảnh học sàn chậu – Cập nhật quan trọng).

7) Kearney, R., Sawhney, R., & DeLancey, J. O. (2004). Levator ani muscle anatomy evaluated by 3 – dimensional magnetic resonance imaging. *Obstetrics & Gynecology*, 103(1), 16 – 23.

II. Sinh Lý và Kiểm Soát Thần Kinh

1) De Groat, W. C., Griffiths, D., & Yoshimura, N. (2015). Neural control of the lower urinary tract. *Comprehensive Physiology*, 5(1), 327.

(Tài liệu chuyên sâu về cơ chế thần kinh kiểm soát đường tiểu dưới).

2) Fowler, C. J., Griffiths, D., & de Groat, W. C. (2008). The neural control of micturition. *Nature Reviews Neuroscience*, 9(6), 453 – 466.
3) Brading, A. F. (1997). A myogenic basis for the overactive bladder. *Urology*, 50(6A Suppl), 57 – 67.
4) Andersson, K. E., & Arner, A. (2004). Urinary bladder contraction and relaxation: physiology and pathophysiology. *Physiological reviews*, 84(3), 935 – 986.
5) Rao, S. S. (2004). Pathophysiology of adult fecal incontinence. *Gastroenterology*, 126(1), S14 – S22.
6) Hodges, P. W., & Sapsford, R. (2007). The pelvic floor and the control of continence: integration with other systems. *Manual therapy*, 12(4), 299 – 300.

(Khái niệm về sự phối hợp giữa sàn chậu, hô hấp và kiểm soát tư thế).

III. Dịch Tễ Học và Yếu Tố Nguy Cơ

1) Nygaard, I., Barber, M. D., Burgio, K. L., et al. (2008). Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *JAMA*, 300(11), 1311 – 1316.

(Nghiên cứu dịch tễ học quy mô lớn, cung cấp số liệu nền tảng).

2) Memon, H. U., & Handa, V. L. (2013). Vaginal childbirth and pelvic floor disorders. *Women's health*, 9(3), 265 – 277.
3) DeLancey, J. O., Morgan, D. M., Fenner, D. E., et al. (2007). Levator ani muscle defects in women with pelvic organ prolapse. *Obstetrics & Gynecology*, 109(2), 295 – 302.
4) Irwin, D. E., Milsom, I., Hunskaar, S., et al. (2006). Population – based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study. *European urology*, 50(6), 1306 – 1315.
5) Wu, J. M., Vaughan, C. P., Goode, P. S., et al. (2014). Prevalence and trends of symptomatic pelvic floor disorders in U.S. women. *Obstetrics and gynecology*, 123(1), 141.

IV. Định Nghĩa và Khái Niệm Bệnh Học

Rối Loạn Đường Tiểu Dưới (SUI, OAB)

1) Lukacz, E. S., Santiago – Lastra, Y., Albo, M. E., & Brubaker, L. (2017). Urinary Incontinence in Women: A Review. *JAMA*, 318(16), 1592 – 1604.
2) Wein, A. J., & Rovner, E. S. (2002). Definition and epidemiology of overactive bladder. *Urology*, 60(5 Suppl 1), 7 – 12.
3) Hashim, H., Blanker, M. H., Drake, M. J., et al. (2019). International Continence Society (ICS) report on the terminology for nocturia and nocturnal lower urinary tract function. *Neurourology and Urodynamics*, 38(2), 499 – 508.

(Định nghĩa chuẩn về tiểu đêm).

4) McGuire, E. J., Lytton, B., Kohorn, E. I., & Pepe, V. (1980). The value of urodynamic testing in stress urinary incontinence. *The Journal of Urology*, 124(2), 256 – 258.

(Nguồn gốc của khái niệm Suy giảm cơ thắt nội tại – Intrinsic Sphincter Deficiency – ISD).

Sa Tạng Chậu (POP)

Jelovsek, J. E., Maher, C., & Barber, M. D. (2007). Pelvic organ prolapse. *The Lancet*, 369(9566), 1027 – 1038.

(Bài tổng quan toàn diện về Sa tạng chậu).

1) Hall, A. F., Theofrastous, J. P., Cundiff, G. W., et al. (1996). Interobserver and intraobserver reliability of the proposed... pelvic organ prolapse classification system. *American journal of obstetrics and gynecology*, 175(6), 1467 – 1471.

(Nghiên cứu xác thực độ tin cậy của hệ thống POP – Q).

2) Richardson, A. C., Lyon, J. B., & Williams, N. L. (1976). A new look at pelvic relaxation. *American journal of obstetrics and gynecology*, 126(5), 568 – 573.

(Khái niệm kinh điển về khiếm khuyết tại chỗ – site – specific defects).

Rối Loạn Hậu Môn Trực Tràng

1) Drossman, D. A. (2016). Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features, and Rome IV. *Gastroenterology*, 150(6), 1262 – 1279.

(Giới thiệu tiêu chuẩn Rome IV để định nghĩa các rối loạn tiêu hóa chức năng).

2) Bharucha, A. E., & Wald, A. (2019). Fecal Incontinence in Adults. *New England Journal of Medicine*, 380(15), 1449 – 1458.
3) Rao, S. S. (2001). Dyssynergic defecation. *Gastroenterology Clinics of North America*, 30(1), 97 – 114.

(Khái niệm về đại tiện mất đồng vận).

4) Sultan, A. H., Kamm, M. A., Hudson, C. N., et al. (1993). Anal – sphincter disruption during vaginal delivery. *New England Journal of Medicine*, 329(26), 1905 – 1911.

Đau Vùng Chậu và Rối Loạn Tình Dục

1) FitzGerald, M. P., & Kotarinos, R. (2003). Rehabilitation of the short pelvic floor. I: Background and patient evaluation. *International Urogynecology Journal*, 14(4), 261 – 268.

(Khái niệm về tăng trương lực cơ sàn chậu và đau cơ mạc).

2) Labat, J. J., Riant, T., Robert, R., et al. (2008). Diagnostic criteria for pudendal neuralgia by pudendal nerve entrapment (Nantes criteria). *Neurourology and Urodynamics*, 27(4), 306 – 310.

(Tiêu chuẩn Nantes để chẩn đoán Đau thần kinh thẹn).

3) Basson, R. (2000). The female sexual response: a different model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(1), 51 – 65.
4) Hanno, P. M., Erickson, D., Moldwin, R., et al. (2015). Diagnosis and treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome: AUA guideline amendment. *The Journal of Urology*, 193(5), 1545 – 1553.

V. Nguyên Tắc Lượng Giá và Chẩn Đoán

1) Rosier, P. F. W. M., Schaefer, W., Lose, G., et al. (2017). International Continence Society Good Urodynamic Practices and Terms 2016: Urodynamics, uroflowmetry, cystometry, and pressure – flow study. *Neurourology and Urodynamics*, 36(5), 1243 – 1260.

(Cập nhật chuẩn hóa các khái niệm và thực hành Niệu động học).

2) Laycock, J. (1994). The PERFECT scheme. Pelvic floor muscle assessment. *Physiotherapy*, 80(6), 402.

(Giới thiệu thang điểm Oxford và hệ thống PERFECT).

3) Messelink, B., Benson, T., Berghmans, B., et al. (2005). Standardization of terminology of pelvic floor muscle function and dysfunction: report from the pelvic floor clinical assessment group of the International Continence Society. *Neurourology and urodynamics*, 24(4), 374 – 380.

4) Barber, M. D., Walters, M. D., & Bump, R. C. (2005). Short forms of two condition – specific quality – of – life questionnaires for women with pelvic floor disorders (PFDI – 20 and PFIQ – 7). *American journal of obstetrics and gynecology*, 193(1), 103 – 113.

VI. Nguyên Tắc Điều Trị Bảo Tồn và Các Chủ Đề Khác

1) Kegel, A. H. (1948). Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *American journal of obstetrics and gynecology*, 56(2), 238 – 248.

(Bài báo gốc của Arnold Kegel).

2) Dumoulin, C., Cacciari, L. P., & Hay – Smith, E. J. C. (2018). Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10).

(Tổng quan Cochrane về hiệu quả của tập luyện cơ sàn chậu).

3) Bø, K. (2004). Pelvic floor muscle training is effective in treatment of female stress urinary incontinence, but how does it work?. *International Urogynecology Journal*, 15(2), 76 – 84.
4) Hagen, S., & Stark, D. (2011). Conservative prevention and management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12).
5) Haylen, B. T., Freeman, R. M., Swift, S. E., et al. (2011). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint terminology and classification of the complications related directly to the insertion of prostheses (meshes, implants, tapes) in female pelvic floor surgery. *Int Urogynecol J*, 22(1), 3 – 15.

(Định nghĩa các biến chứng liên quan đến mảnh ghép/mesh).

6) Toozs – Hobson, P., Freeman, R., Barber, M., et al. (2012). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for reporting outcomes of surgical procedures for pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J*, 23(5), 527 – 535.

(Định nghĩa thế nào là "thành công" trong phẫu thuật sa tạng chậu).

7) Dubeau, C. E. (2006). The aging lower urinary tract. *The Journal of urology*, 175(3 Pt 2), S11 – S15. (Sàn chậu ở người cao tuổi).

VII. Sách Giáo Khoa và Chuyên Khảo Bổ Sung

1) Norton, P., & Brubaker, L. (Eds.). (2006). *Pelvic Floor Disorders*. CRC Press.
2) Bø, K., Berghmans, B., Mørkved, S., & Van Kampen, M. (Eds.). (2015). *Evidence – based physical therapy for the pelvic floor: bridging science and clinical practice*. Elsevier Health Sciences.
3) Sultan, A. H., Thakar, R., & Fenner, D. E. (Eds.). (2014). *Perineal and Anal Sphincter Trauma: Diagnosis and Clinical Management*. Springer.
4) Abrams, P., Cardozo, L., Wagg, A., & Wein, A. (Eds.). (2017). Incontinence (6th ed.). International Consultation on Incontinence.

(Bộ tài liệu toàn diện nhất về Incontinence, được cập nhật định kỳ).

5) Baggish, M. S., & Karram, M. M. (Eds.). (2020). *Atlas of Pelvic Anatomy and Gynecologic Surgery*. Elsevier.
6) DeLancey, J. O. L., et al. (2021). *Clinical Urogynecology*. Wolters Kluwer.

PHỤ LỤC BẢNG THUẬT NGỮ ANH – VIỆT CHUẨN HÓA TRONG SÀN CHẬU HỌC

Nguyên tắc biên soạn:

1. Thuật ngữ tiếng Anh dựa trên các báo cáo đồng thuận của Hội Kiểm soát Tiểu tiện Quốc tế (ICS) và Hội Niệu phụ khoa Quốc tế (IUGA).
2. Thuật ngữ tiếng Việt được lựa chọn dựa trên tính chính xác về mặt giải phẫu, sinh lý, và mức độ phổ biến trong cộng đồng y khoa Việt Nam, ưu tiên thuật ngữ Hán – Việt để đảm bảo tính học thuật.

I. Giải phẫu học – Anatomy

Tiếng Anh	Tiếng Việt Đề Nghị	Ghi Chú/ Từ Đồng Nghĩa
Pelvic Floor	Sàn chậu	
Pelvis	Khung chậu (xương); Vùng chậu (khu vực)	
Perineum	Đáy chậu; Tầng sinh môn	"Tầng sinh môn" thường dùng trong sản khoa.
Pelvic Diaphragm	Hoành chậu	
Levator Ani Muscle	Cơ nâng hậu môn	

Tiếng Anh	Tiếng Việt Đề Nghị	Ghi Chú/ Từ Đồng Nghĩa
Puborectalis Muscle	Bó mu – trực tràng	
Pubococcygeus Muscle	Bó mu – cụt	
Iliococcygeus Muscle	Bó chậu – cụt	
Urogenital Hiatus	Khe hở niệu dục	
Endopelvic Fascia	Mạc nội chậu	
Perineal Body	Thể đáy chậu	Trung tâm gân đáy chậu.
Perineal Membrane	Màng đáy chậu	
Detrusor Muscle	Cơ chóp bàng quang	Cơ Detrusor.
Urethra	Niệu đạo	
Sphincter	Cơ thắt	
Internal Anal Sphincter (IAS)	Cơ thắt trong hậu môn	

Tiếng Anh	Tiếng Việt Đề Nghị	Ghi Chú/ Từ Đồng Nghĩa
External Anal Sphincter (EAS)	Cơ thắt ngoài hậu môn	
Pudendal Nerve	Thần kinh thẹn	
Arcus Tendineus Fasciae Pelvis (ATFP)	Cung gân mạc chậu	
Uterosacral Ligament	Dây chằng tử cung – cùng	
Cardinal Ligament Complex	Phức hợp dây chằng chính	

II. Sinh lý học và chức năng – Physiology and function

Tiếng Anh	Tiếng Việt Đề Nghị	Ghi Chú/ Từ Đồng Nghĩa
Micturition	Sự tiểu tiện; Quá trình đi tiểu	
Defecation	Sự đại tiện; Quá trình đi ngoài	

Tiếng Anh	Tiếng Việt Đề Nghị	Ghi Chú/ Từ Đồng Nghĩa
Continence	Sự kiểm soát (tiểu/đại tiện)	Sự tự chủ.
Storage Phase	Giai đoạn chứa đựng (đổ đầy)	
Voiding Phase	Giai đoạn tống xuất	
Compliance (Bladder)	Độ giãn nở (Bàng quang)	
Contractility	Tính co bóp; Sức co bóp	
Intra – abdominal Pressure (IAP)	Áp lực trong ổ bụng	
Valsalva Maneuver	Nghiệm pháp Valsalva	
Pelvic Floor Muscle Tone	Trương lực cơ sàn chậu	

III. Triệu chứng và dấu hiệu – Symptoms and signs

Tiếng Anh	Tiếng Việt Đề Nghị	Ghi Chú/ Từ Đồng Nghĩa
Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS)	Triệu chứng đường tiểu dưới	
Storage Symptoms (Triệu chứng chứa đựng)		
Frequency (Daytime)	Tiểu nhiều lần (ban ngày)	Tiểu lắt nhắt.
Nocturia	Tiểu đêm	
Urgency	Tiểu gấp	Cảm giác buồn tiểu đột ngột, khó trì hoãn.
Incontinence	Sự không kiểm soát	Són, rò rỉ.
Voiding Symptoms (Triệu chứng tống xuất)		
Hesitancy	Tiểu ngập ngừng	

Tiếng Anh	Tiếng Việt Đề Nghị	Ghi Chú/ Từ Đồng Nghĩa
Slow Stream/Weak Stream	Tia tiểu chậm/ Tia tiểu yếu	
Intermittency	Tiểu ngắt quãng	
Straining (to void)	Rặn tiểu	
Post – micturition Symptoms (Triệu chứng sau đi tiểu)		
Feeling of Incomplete Emptying	Cảm giác tiểu không hết	
Post – micturition Dribble	Tiểu nhỏ giọt sau khi đi tiểu xong	
Bowel Symptoms (Triệu chứng đường ruột)		
Constipation	Táo bón	
Straining (to defecate)	Rặn khi đại tiện	

Tiếng Anh	Tiếng Việt Đề Nghị	Ghi Chú/ Từ Đồng Nghĩa
Urgency (Bowel)	Mót rặn; Đại tiện gấp	
Flatal Incontinence	Són hơi	Trung tiện không kiểm soát.
Pelvic Organ Prolapse Symptoms (Triệu chứng Sa tạng chậu)		
Vaginal Bulge Sensation	Cảm giác khối sa/khối phồng ở âm đạo	
Pelvic Pressure/Heaviness	Cảm giác nặng/trì ở vùng chậu	
Splinting	Độn/chèn (dùng tay)	Dùng tay hỗ trợ để đi tiểu/đại tiện dễ hơn.

IV. Bệnh lý và rối loạn chức năng – Pathology and functional disorders

Tiếng Anh	Tiếng Việt Đề Nghị	Ghi Chú/ Từ Đồng Nghĩa
Pelvic Floor Dysfunction (PFD)	Rối loạn chức năng sàn chậu	
Overactive Pelvic Floor	Sàn chậu tăng hoạt	Tăng trương lực (Hypertonic).
Underactive Pelvic Floor	Sàn chậu giảm hoạt	Giảm trương lực (Hypotonic)
Urinary Disorders (Rối loạn đường tiểu)		
Urinary Incontinence (UI)	Tiểu không kiểm soát	Són tiểu.
Stress Urinary Incontinence (SUI)	Tiểu không kiểm soát khi gắng sức	
Urgency Urinary Incontinence (UUI)	Tiểu không kiểm soát do tiểu gấp	
Mixed Urinary Incontinence (MUI)	Tiểu không kiểm soát thể hỗn hợp	

Tiếng Anh	Tiếng Việt Đề Nghị	Ghi Chú/ Từ Đồng Nghĩa
Overactive Bladder Syndrome (OAB)	Hội chứng Bàng quang tăng hoạt	(Chẩn đoán lâm sàng)
Detrusor Overactivity (DO)	Cơ chóp bàng quang tăng hoạt	(Chẩn đoán niệu động học)
Detrusor Underactivity (DU)	Cơ chóp bàng quang giảm hoạt	
Urinary Retention	Bí tiểu	
Intrinsic Sphincter Deficiency (ISD)	Suy giảm chức năng cơ thắt nội tại	
Urethral Hypermobility	Tăng tính di động niệu đạo	
Pelvic Organ Prolapse (POP) (Sa tạng chậu)		
Anterior Compartment Prolapse	Sa khoang trước	
Cystocele	Sa bàng quang	

Tiếng Anh	Tiếng Việt Đề Nghị	Ghi Chú/ Từ Đồng Nghĩa
Apical Compartment Prolapse	Sa khoang giữa (Sa đỉnh)	
Uterine Prolapse	Sa tử cung	
Vaginal Vault Prolapse	Sa mỏm cắt âm đạo	Sau cắt tử cung
Enterocele	Sa ruột non	
Posterior Compartment Prolapse	Sa khoang sau	
Rectocele	Sa trực tràng	
Anorectal Disorders (Rối loạn hậu môn trực tràng)		
Fecal Incontinence (FI)	Đại tiện không kiểm soát	Són phân
Anal Incontinence (AI)	Mất kiểm soát hậu môn	Bao gồm són hơi và són phân

Tiếng Anh	Tiếng Việt Đề Nghị	Ghi Chú/ Từ Đồng Nghĩa
Obstructed Defecation Syndrome (ODS)	Hội chứng đại tiện tắc nghẽn	
Dyssynergic Defecation	Đại tiện mất đồng vận	
Pain and Sexual Dysfunction (Đau và Rối loạn tình dục)		
Chronic Pelvic Pain (CPP)	Đau vùng chậu mạn tính	
Bladder Pain Syndrome (BPS)/Interstitial Cystitis (IC)	Hội chứng đau bàng quang/Viêm bàng quang kẽ	
Myofascial Pelvic Pain	Đau cân cơ vùng chậu	
Pudendal Neuralgia	Đau thần kinh thẹn	
Dyspareunia	Đau khi giao hợp	Giao hợp đau
Vaginismus	Co thắt âm đạo	

V. Lượng giá và thăm dò – Assessment and investigations

Tiếng Anh	Tiếng Việt Đề Nghị	Ghi Chú/ Từ Đồng Nghĩa
Bladder Diary	Nhật ký đi tiểu	
Urodynamics (UDS)	Niệu động học	
Uroflowmetry	Đo niệu dòng đồ	
Cystometry	Đo áp lực bàng quang	Cystometrogram (CMG)
Pressure Flow Study (PFS)	Nghiên cứu áp lực – dòng chảy	
Post – Void Residual (PVR) Volume	Thể tích nước tiểu tồn lưu sau đi tiểu	
Valsalva Leak Point Pressure (VLPP)	Áp lực rò rỉ khi làm nghiệm pháp Valsalva	
Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP – Q) System	Hệ thống định lượng mức độ Sa tạng chậu (POP – Q)	
Oxford Grading Scale (Modified)	Thang điểm Oxford (cải biên)	Đánh giá sức cơ sàn chậu

Tiếng Anh	Tiếng Việt Đề Nghị	Ghi Chú/ Từ Đồng Nghĩa
Anorectal Manometry	Đo áp lực hậu môn trực tràng	
Electromyography (EMG)	Điện cơ đồ	
Dynamic Pelvic MRI	MRI động học vùng chậu	
Pelvic Floor Ultrasound	Siêu âm sàn chậu	
Quality of Life (QoL)	Chất lượng cuộc sống	

VI. Giải phẫu chi tiết và thần kinh học – Detailed anatomy and neurology

Tiếng Anh	Tiếng Việt Đề Nghị	Ghi Chú/ Từ Đồng Nghĩa
Ischial Spine	Gai ngồi	Mốc giải phẫu quan trọng trong phẫu thuật sàn chậu
Sacrospinous Ligament	Dây chằng cùng – gai ngồi	Dùng trong phẫu thuật cố định mỏm cắt (SSF)

Tiếng Anh	Tiếng Việt Đề Nghị	Ghi Chú/ Từ Đồng Nghĩa
Retropubic Space (Space of Retzius)	Khoang sau xương mu (Khoang Retzius)	
Rectovaginal Septum	Vách ngăn trực tràng – âm đạo	
Levator Plate	Bản cơ nâng	Phần hợp nhất phía sau của cơ nâng hậu môn
Alcock's Canal (Pudendal Canal)	Ống Alcock (Ống thẹn)	Nơi thần kinh thẹn đi qua
Autonomic Nervous System	Hệ thần kinh tự chủ	Hệ thần kinh thực vật.
Somatic Nervous System	Hệ thần kinh thân thể	
Hypogastric Plexus	Đám rối hạ vị	
Level I Support (DeLancey)	Nâng đỡ mức I	Nâng đỡ đỉnh (treo) – Dây chằng tử cung – cùng/chính
Level II Support (DeLancey)	Nâng đỡ mức II	Nâng đỡ đoạn giữa (gắn bên) – Bám vào cung gân mạc chậu

Tiếng Anh	Tiếng Việt Đề Nghị	Ghi Chú/ Từ Đồng Nghĩa
Level III Support (DeLancey)	Nâng đỡ mức III	Nâng đỡ đoạn thấp (hòa màng) – Thể đáy chậu, màng đáy chậu

VII. Niệu động học và thăm dò chức năng – Urodynamics and functional investigations

Tiếng Anh	Tiếng Việt Đề Nghị	Ghi Chú/ Từ Đồng Nghĩa
Vesical Pressure (Pves)	Áp lực bàng quang (Pves)	Áp lực đo được trong lòng bàng quang
Abdominal Pressure (Pabd)	Áp lực ổ bụng (Pabd)	Thường đo qua ngả trực tràng hoặc âm đạo
Detrusor Pressure (Pdet)	Áp lực cơ chóp (Pdet)	Pdet = Pves – Pabd
Filling Cystometry	Đo áp lực bàng quang giai đoạn đổ đầy	
Pressure Flow Study (PFS)	Nghiên cứu áp lực – dòng chảy	Đo áp lực bàng quang giai đoạn tống xuất
Maximum Flow Rate (Qmax)	Tốc độ dòng tiểu tối đa (Qmax)	
Urethral Pressure Profile (UPP)	Biểu đồ áp lực niệu đạo	

Tiếng Anh	Tiếng Việt Đề Nghị	Ghi Chú/ Từ Đồng Nghĩa
Maximum Urethral Closure Pressure (MUCP)	Áp lực đóng niệu đạo tối đa	
Detrusor Sphincter Dyssynergia (DSD)	Mất đồng vận cơ chóp – cơ thắt	Thường gặp trong bệnh lý thần kinh
Bladder Outlet Obstruction (BOO)	Tắc nghẽn đường ra bàng quang	
Neurogenic Detrusor Overactivity (NDO)	Tăng hoạt cơ chóp do nguyên nhân thần kinh	
Acontractile Detrusor	Cơ chóp mất co bóp	
Defecography (MRI or Fluoroscopic)	Chụp hình tống xuất (MRI hoặc X – quang)	Chụp đại tiện cản quang
Endoanal Ultrasound (EAUS)	Siêu âm nội ống hậu môn	Đánh giá cơ thắt hậu môn
Levator Ani Avulsion	Tổn thương giật đứt cơ nâng hậu môn	Cơ nâng bị rách khỏi chỗ bám vào xương mu

Tiếng Anh	Tiếng Việt Đề Nghị	Ghi Chú/ Từ Đồng Nghĩa
Hiatal Ballooning	Sự giãn rộng quá mức khe hở niệu dục	"Ballooning" khi rặn

VIII. Hệ thống pop – q và phân độ lâm sàng – Pop – q system and clinical grading

Tiếng Anh	Tiếng Việt Đề Nghị	Ghi Chú/ Từ Đồng Nghĩa
Hymen	Màng trinh (Gốc màng trinh)	Mốc 0 của hệ thống POP – Q
Point Aa	Điểm Aa	Thành trước, 3cm từ lỗ niệu đạo ngoài
Point Ba	Điểm Ba	Điểm xa nhất của phần sa thành trước
Point C	Điểm C	Cổ tử cung hoặc mỏm cắt âm đạo

Tiếng Anh	Tiếng Việt Đề Nghị	Ghi Chú/ Từ Đồng Nghĩa
Point D	Điểm D	Cùng đồ sau (chỉ đo khi còn tử cung)
Point Ap	Điểm Ap	Thành sau, 3cm từ màng trinh
Point Bp	Điểm Bp	Điểm xa nhất của phần sa thành sau
Total Vaginal Length (TVL)	Tổng chiều dài âm đạo (TVL)	
Genital Hiatus (GH)	Khe hở niệu dục (GH)	
Perineal Body (PB) – POP – Q measurement	Thể đáy chậu (PB)	
Stage I – IV	Giai đoạn I – IV	Phân độ sa tạng chậu theo POP – Q
Procidentia	Sa hoàn toàn (Giai đoạn IV)	

IX. Thuật ngữ chuyên biệt về hậu môn trực tràng và đau – Specialized anorectal and pain terminology

Tiếng Anh	Tiếng Việt Đề Nghị	Ghi Chú/ Từ Đồng Nghĩa
Dyssynergic Defecation	Đại tiện mất đồng vận	Mất phối hợp cơ sàn chậu khi đại tiện
Rectal Intussusception	Lồng trực tràng	
Passive Fecal Incontinence	Són phân thụ động	Són phân không nhận biết được
Urge Fecal Incontinence	Són phân do mót gấp	Són phân kèm cảm giác mót đại tiện gấp
Obstetric Anal Sphincter Injuries (OASIS)	Chấn thương cơ thắt hậu môn do sản khoa	Rách tầng sinh môn độ 3 và 4
Levator Ani Syndrome	Hội chứng cơ nâng hậu môn	Đau mạn tính do co thắt cơ nâng
Proctalgia Fugax	Đau hậu môn thoáng qua	Cơn đau thắt đột ngột ở hậu môn
Pudendal Neuralgia	Đau thần kinh thẹn	
Myofascial Trigger Point	Điểm kích hoạt cân cơ (Điểm cò súng)	

X. Điều trị bảo tồn và phục hồi chức năng – Conservative treatment and rehabilitation

Tiếng Anh	Tiếng Việt Đề Nghị	Ghi Chú/ Từ Đồng Nghĩa
Pelvic Floor Muscle Training (PFMT)	Tập luyện cơ sàn chậu (PFMT)	Bài tập Kegel
Biofeedback	Phản hồi sinh học	
Electrical Stimulation (E – stim)	Kích thích điện chức năng	
Bladder Training/Retraining	Tập luyện bàng quang	Điều chỉnh thói quen đi tiểu
Urge Suppression Strategies	Chiến lược kiềm chế tiểu gấp	
The Knack Maneuver	Nghiệm pháp "The Knack"	Chủ động co cơ sàn chậu trước khi ho/ hắt hơi
Pessary (Vaginal)	Vòng nâng âm đạo (Pessary)	Dụng cụ hỗ trợ sa tạng chậu/són tiểu
Support Pessary	Vòng nâng loại nâng đỡ	Ví dụ: Ring pessary

Tiếng Anh	Tiếng Việt Đề Nghị	Ghi Chú/ Từ Đồng Nghĩa
Space – filling Pessary	Vòng nâng loại lấp đầy khoảng trống	Ví dụ: Gellhorn, Cube pessary
Vaginal Cones/Weights	Tạ âm đạo/ Nón âm đạo	
Manual Therapy	Trị liệu bằng tay	Xoa bóp, di động mô mềm

XI. Điều trị dược lý và can thiệp – Pharmacology and interventions

Tiếng Anh	Tiếng Việt Đề Nghị	Ghi Chú/ Từ Đồng Nghĩa
Antimuscarinics/ Anticholinergics	Thuốc kháng Muscarinic/ Kháng Cholinergic	Điều trị OAB
Beta – 3 Adrenergic Agonists	Thuốc chủ vận Beta – 3 Adrenergic	Điều trị OAB (Ví dụ: Mirabegron)

Tiếng Anh	Tiếng Việt Đề Nghị	Ghi Chú/ Từ Đồng Nghĩa
Topical Estrogen	Estrogen tại chỗ (đặt âm đạo)	
Genitourinary Syndrome of Menopause (GSM)	Hội chứng niệu dục thời kỳ mãn kinh	Tên gọi mới của Teo âm hộ – âm đạo
Botulinum Toxin Injection	Tiêm độc tố Botulinum (Botox)	Vào bàng quang hoặc cơ sàn chậu
Neuromodulation	Điều biến thần kinh	
Sacral Neuromodulation (SNM)	Điều biến thần kinh cùng (SNM)	
Percutaneous Tibial Nerve Stimulation (PTNS)	Kích thích thần kinh chày sau qua da (PTNS)	

XII. Phẫu thuật và các khái niệm liên quan – Surgery and related concepts

Tiếng Anh	Tiếng Việt Đề Nghị	Ghi Chú/ Từ Đồng Nghĩa
Native Tissue Repair	Phục hồi bằng mô tự thân	Không dùng mảnh ghép nhân tạo
Synthetic Mesh	Mảnh ghép tổng hợp (Mesh)	
Biological Graft	Mảnh ghép sinh học	Mô đồng loại (Allograft) hoặc dị loại (Xenograft)
Minimally Invasive Surgery (MIS)	Phẫu thuật xâm lấn tối thiểu	
Phẫu thuật cho SUI (Surgery for SUI)		
Mid – Urethral Sling (MUS)	Dải băng nâng niệu đạo giữa (MUS)	Phẫu thuật Sling
Retropubic Sling (e.g., TVT)	Dải băng đường sau xương mu (VD: TVT)	
Transobturator Sling (TOT)	Dải băng đường xuyên lỗ bịt (TOT)	

Tiếng Anh	Tiếng Việt Đề Nghị	Ghi Chú/ Từ Đồng Nghĩa
Autologous Fascial Sling	Dải băng cân cơ tự thân	Dùng cân cơ (VD: Cân thẳng bụng)
Burch Colposuspension	Phẫu thuật treo cổ bàng quang Burch	
Urethral Bulking Agents	Chất làm đầy niệu đạo	
Artificial Urinary Sphincter (AUS)	Cơ thắt niệu đạo nhân tạo (AUS)	
Phẫu thuật cho POP (Surgery for POP)		
Anterior Colporrhaphy	Khâu phục hồi thành trước âm đạo	Sửa sa bàng quang
Posterior Colporrhaphy	Khâu phục hồi thành sau âm đạo	Sửa sa trực tràng
Perineorrhaphy	Khâu phục hồi đáy chậu (Tầng sinh môn)	

Tiếng Anh	Tiếng Việt Đề Nghị	Ghi Chú/ Từ Đồng Nghĩa
Apical Suspension	Phẫu thuật treo đỉnh (khoang giữa)	
Sacrocolpopexy	Treo mỏm cắt/âm đạo vào mỏm nhô (xương cùng)	Thường qua ngả bụng/nội soi/robot
Sacrohysteropexy	Treo tử cung vào mỏm nhô	Bảo tồn tử cung
Uterosacral Ligament Suspension (USLS)	Treo vào dây chằng tử cung – cùng	
Sacrospinous Fixation (SSF/SSLF)	Cố định vào dây chằng cùng – gai ngồi	Thường qua ngả âm đạo
Colpocleisis (Obliterative Surgery)	Phẫu thuật đóng kín âm đạo	Phẫu thuật bít tắc

XIII. Biến chứng và kết quả điều trị – Complications and outcomes

Tiếng Anh	Tiếng Việt Đề Nghị	Ghi Chú/ Từ Đồng Nghĩa
Mesh Exposure	Lộ mảnh ghép (trong âm đạo)	
Mesh Erosion/Extrusion	Xói mòn/Đùn mảnh ghép (vào tạng lân cận)	Ví dụ: Vào bàng quang, niệu đạo, ruột
De Novo Symptoms	Triệu chứng mới phát sinh (sau can thiệp)	Ví dụ: De novo SUI sau phẫu thuật POP
Recurrence	Tái phát	
Persistence	Tồn tại dai dẳng (triệu chứng)	
Fistula (Vesicovaginal/Rectovaginal)	Rò (Bàng quang – âm đạo/Trực tràng – âm đạo)	
Iatrogenic Injury	Tổn thương do thầy thuốc gây ra	
Objective Cure	Khỏi bệnh khách quan	Dựa trên thăm khám/xét nghiệm

Tiếng Anh	Tiếng Việt Đề Nghị	Ghi Chú/ Từ Đồng Nghĩa
Subjective Cure	Khỏi bệnh chủ quan	Dựa trên cảm nhận của bệnh nhân
Patient – Reported Outcomes (PROs)	Kết quả do bệnh nhân báo cáo	

XIV. Khái niệm chung và phân loại biến chứng – General concepts and classification of complications

Tiếng Anh	Tiếng Việt Đề Nghị	Ghi Chú/ Từ Đồng Nghĩa
Complication	Biến chứng	Bất kỳ sự sai lệch nào so với quá trình hồi phục lý tưởng sau can thiệp
Adverse Event (AE)	Biến cố bất lợi (AE)	Bất kỳ sự kiện y khoa không mong muốn nào xảy ra trong quá trình điều trị/ nghiên cứu
Sequelae	Di chứng	Hậu quả lâu dài của bệnh hoặc can thiệp

Tiếng Anh	Tiếng Việt Đề Nghị	Ghi Chú/ Từ Đồng Nghĩa
Morbidity	Bệnh suất; Tỷ lệ mắc biến chứng	
Mortality	Tử suất; Tỷ lệ tử vong	
Iatrogenic Injury	Tổn thương do thầy thuốc gây ra	Tổn thương do can thiệp y tế
Treatment Failure	Thất bại điều trị	Không đạt được mục tiêu điều trị đề ra
Recurrence	Tái phát	Sự trở lại của bệnh/triệu chứng sau một thời gian khỏi bệnh
Persistence	Tồn tại dai dẳng	Bệnh/triệu chứng không cải thiện sau điều trị
Clavien – Dindo Classification	Phân loại Clavien – Dindo	Hệ thống phân độ mức độ nặng của biến chứng phẫu thuật dựa trên can thiệp cần thiết để xử trí

XV. Tai biến trong phẫu thuật và tổn thương tạng – Intraoperative events and organ injuries

Tiếng Anh	Tiếng Việt Đề Nghị	Ghi Chú/ Từ Đồng Nghĩa
Intraoperative Complication	Tai biến trong mổ	
Hemorrhage	Xuất huyết (Chảy máu ồ ạt)	Mất máu lượng lớn cần can thiệp
Blood Transfusion Requirement	Yêu cầu truyền máu	
Visceral Injury	Tổn thương tạng	
Bladder Injury (Perforation/Laceration)	Tổn thương bàng quang (Thủng/Rách)	Mở bàng quang không chủ ý (Cystotomy)
Ureteral Injury	Tổn thương niệu quản	
Ureteral Ligation	Thắt (Cột) nhầm niệu quản	
Ureteral Transection	Cắt đứt niệu quản	
Ureteral Kinking/Obstruction	Gập góc/Tắc nghẽn niệu quản	Thường do chỉ khâu hoặc chèn ép

Tiếng Anh	Tiếng Việt Đề Nghị	Ghi Chú/ Từ Đồng Nghĩa
Urethral Injury	Tổn thương niệu đạo	
Bowel Injury (Small/Large Bowel)	Tổn thương ruột (Ruột non/ Ruột già)	
Rectal Perforation	Thủng trực tràng	
Vascular Injury	Tổn thương mạch máu	VD: Mạch chậu, mạch bịt
Nerve Injury	Tổn thương thần kinh	
Unrecognized Injury	Tổn thương không được nhận biết (trong mổ)	

XVI. Biến chứng chung sau phẫu thuật – General postoperative complications

Tiếng Anh	Tiếng Việt Đề Nghị	Ghi Chú/ Từ Đồng Nghĩa
Postoperative Fever	Sốt hậu phẫu	
Hematoma	Khối máu tụ	

Tiếng Anh	Tiếng Việt Đề Nghị	Ghi Chú/ Từ Đồng Nghĩa
Pelvic Hematoma	Khối máu tụ vùng chậu	
Retropubic Hematoma	Khối máu tụ khoang sau xương mu	
Seroma	Tụ dịch huyết thanh	
Urinary Tract Infection (UTI)	Nhiễm trùng đường tiết niệu (UTI)	
Surgical Site Infection (SSI)	Nhiễm trùng vết mổ (SSI)	
Wound Dehiscence	Toác vết mổ (Bục vết mổ)	
Pelvic Abscess	Áp – xe vùng chậu	Ổ tụ mủ
Sepsis	Nhiễm khuẩn huyết (Sepsis)	
Postoperative Ileus (Paralytic Ileus)	Liệt ruột sau mổ (cơ năng)	
Bowel Obstruction	Tắc ruột	Thường do dính sau mổ (tắc ruột cơ học)
Deep Vein Thrombosis (DVT)	Huyết khối tĩnh mạch sâu (DVT)	

Tiếng Anh	Tiếng Việt Đề Nghị	Ghi Chú/ Từ Đồng Nghĩa
Pulmonary Embolism (PE)	Thuyên tắc phổi (PE)	
Granulation Tissue (Excessive)	Mô hạt (quá phát)	Thường ở đường khâu âm đạo hoặc vị trí lộ mesh

XVII. Biến chứng liên quan đến mảnh ghép và dải băng – Mesh/prosthesis – related complications

Tiếng Anh	Tiếng Việt Đề Nghị	Ghi Chú/ Từ Đồng Nghĩa
Mesh/Tape Exposure (Vaginal)	Lộ mảnh ghép/dải băng (trong âm đạo)	Mảnh ghép lộ ra do khiếm khuyết biểu mô âm đạo che phủ
Mesh/Tape Erosion	Xói mòn mảnh ghép/ dải băng	Mảnh ghép xâm lấn vào các tạng lân cận (bàng quang, niệu đạo, ruột)
Mesh/Tape Extrusion	Đùn mảnh ghép/dải băng	Thuật ngữ thường dùng thay thế cho Exposure hoặc Erosion
Mesh Migration	Di lệch mảnh ghép	Vật liệu di chuyển khỏi vị trí ban đầu
Mesh Contraction/Shrinkage	Co rút mảnh ghép	Giảm kích thước mảnh ghép, có thể gây đau hoặc biến dạng

Tiếng Anh	Tiếng Việt Đề Nghị	Ghi Chú/ Từ Đồng Nghĩa
Mesh Infection	Nhiễm trùng mảnh ghép	
Biofilm Formation	Hình thành màng sinh học (Biofilm)	Vi khuẩn bám trên bề mặt mảnh ghép
Sinus Tract Formation	Hình thành đường hầm (xoang)	Đường hầm nhiễm trùng mạn tính liên quan đến mảnh ghép
Chronic Inflammatory Reaction	Phản ứng viêm mạn tính	Phản ứng của cơ thể với vật lạ
Mesh – related Pain	Đau liên quan đến mảnh ghép	Đau mạn tính quy kết do sự hiện diện của mảnh ghép
Palpable Mesh/Tape	Sờ thấy mảnh ghép/dải băng	Bệnh nhân hoặc bạn tình cảm nhận được vật liệu.
Sling too tight (Obstructive)	Dải băng quá chặt (Gây tắc nghẽn)	Dẫn đến khó tiểu hoặc bí tiểu
Sling Loosening	Lỏng dải băng	Dẫn đến thất bại điều trị SUI
Mesh/Sling Excision/Removal	Cắt bỏ/Tháo bỏ mảnh ghép/ dải băng	Phẫu thuật để giải quyết biến chứng

XVIII. Biến chứng chức năng sau can thiệp – Post – intervention functional complications

Tiếng Anh	Tiếng Việt Đề Nghị	Ghi Chú/ Từ Đồng Nghĩa
De Novo Symptoms	Triệu chứng mới phát sinh	Triệu chứng không có trước can thiệp
Urinary Function (Chức năng đường tiểu)		
Urinary Retention (Acute/Chronic)	Bí tiểu (Cấp tính/Mạn tính)	
Voiding Dysfunction	Rối loạn tống xuất (Rối loạn đi tiểu)	Tiểu khó, tia yếu, tiểu không hết sau mổ
De Novo Stress Urinary Incontinence (SUI)	SUI mới phát sinh	SUI xuất hiện sau phẫu thuật (VD: sau mổ sa tạng chậu)
De Novo Urgency/OAB	Tiểu gấp/OAB mới phát sinh	
Worsening of Incontinence	Tình trạng són tiểu nặng hơn	

Tiếng Anh	Tiếng Việt Đề Nghị	Ghi Chú/ Từ Đồng Nghĩa
Urethral Stricture	Hẹp niệu đạo	
Bowel Function (Chức năng đường ruột)		
De Novo Constipation	Táo bón mới phát sinh	Thường gặp sau phẫu thuật
De Novo Fecal Incontinence	Són phân mới phát sinh	
Sexual Function and Vaginal Anatomy (Chức năng tình dục và Giải phẫu âm đạo)		
De Novo Dyspareunia	Đau khi giao hợp mới phát sinh	
Worsening of Dyspareunia	Đau khi giao hợp nặng hơn	
Apareunia	Không thể giao hợp	

Tiếng Anh	Tiếng Việt Đề Nghị	Ghi Chú/ Từ Đồng Nghĩa
Vaginal Stenosis/Narrowing	Hẹp/Chít hẹp âm đạo	Do sẹo hoặc co rút
Vaginal Shortening	Ngắn âm đạo	
Pain and Neurological (Đau và Thần kinh)		
Chronic Postoperative Pain	Đau mạn tính sau mổ	Đau kéo dài > 3 – 6 tháng sau phẫu thuật
Neuropathic Pain	Đau do nguyên nhân thần kinh	Đau bỏng rát, tê bì do tổn thương thần kinh.
Nerve Entrapment	Kẹt thần kinh; Chèn ép thần kinh	Thần kinh bị kẹt vào chỉ khâu, mô sẹo hoặc mảnh ghép
Groin Pain	Đau vùng bẹn	Thường liên quan đến phẫu thuật TOT hoặc treo ngả bụng
Thigh Pain	Đau vùng đùi	
Buttock Pain	Đau vùng mông	Thường liên quan đến phẫu thuật cố định

Tiếng Anh	Tiếng Việt Đề Nghị	Ghi Chú/ Từ Đồng Nghĩa
		vào dây chằng cùng – gai ngồi (SSF)
Paresthesia/Numbness	Dị cảm/Tê bì	

XIX. Hình thành lỗ rò – Fistula formation

Tiếng Anh	Tiếng Việt Đề Nghị	Ghi Chú/ Từ Đồng Nghĩa
Fistula	Lỗ rò; Đường rò	Sự thông thương bất thường giữa hai bề mặt biểu mô
Vesicovaginal Fistula (VVF)	Rò bàng quang – âm đạo	
Ureterovaginal Fistula	Rò niệu quản – âm đạo	
Urethrovaginal Fistula	Rò niệu đạo – âm đạo	
Rectovaginal Fistula (RVF)	Rò trực tràng – âm đạo	
Enterovaginal Fistula	Rò ruột non – âm đạo	

XX. Biến chứng của điều trị bảo tồn và can thiệp khác – Complications of conservative and other interventions

Tiếng Anh	Tiếng Việt Đề Nghị	Ghi Chú/ Từ Đồng Nghĩa
Pessary Use (Sử dụng vòng nâng)		
Vaginal lceration/Erosion	Loét/Trợt niêm mạc âm đạo	Do vòng nâng tì đè
Vaginal Discharge (Malodorous)	Huyết trắng âm đạo (có mùi hôi)	
Pessary Expulsion	Tụt vòng nâng	Vòng bị rơi ra ngoài
Impacted/Incarcerated Pessary	Vòng nâng bị kẹt/ Mắc kẹt chặt	Vòng bị mô âm đạo bao phủ, khó lấy ra (thường do bị bỏ quên)
Botulinum Toxin Injection (Tiêm Botox)		
Increased Post – Void Residual (PVR)	Tăng thể tích nước tiểu tồn lưu (PVR)	Sau tiêm Botox vào bàng quang
Need for Intermittent Catheterization	Cần phải thông tiểu ngắt quãng	Do bí tiểu sau tiêm Botox

Tiếng Anh	Tiếng Việt Đề Nghị	Ghi Chú/ Từ Đồng Nghĩa
Generalized Muscle Weakness	Yếu cơ toàn thân	Do sự lan tỏa toàn thân của độc tố (hiếm gặp)
Neuromodulation (Điều biến thần kinh)		
Lead Migration	Di lệch điện cực	
Lead Fracture	Gãy điện cực	
Pain at IPG Site	Đau tại vị trí đặt máy tạo nhịp (IPG)	IPG: Implantable Pulse Generator
Device Infection	Nhiễm trùng thiết bị cấy ghép	
Urethral Bulking Agents (Chất làm đầy niệu đạo)		
Material Migration	Di trú vật liệu làm đầy	
Periurethral Abscess	Áp xe quanh niệu đạo	

MỤC LỤC

LỜI NÓI ĐẦU – PREFACE 3
LỜI CẢM ƠN – ACKNOWLEDGMENTS 7
CÁCH SỬ DỤNG SÁCH & KÝ HIỆU – HOW TO USE THIS BOOK & CONVENTIONS 9
DANH MỤC VIẾT TẮT – ABBREVIATIONS 14
PHẦN I NỀN TẢNG – FOUNDATIONS 18
Lời mở đầu 19
Chương 1 Giải phẫu sàn chậu – Pelvic floor anatomy 20
1.1 Tổng quan phân lớp – Layered overview 23
1.2 Lớp nông: cơ hành xốp, ngồi hang, ngang nông – Superficial layer: bulbospongiosus, ischiocavernosus, superficial transverse perineal 26
1.3 Lớp sâu: levator ani & cơ cụt – Deep layer: levator ani & coccygeus 29
1.4 Cân – mạc nội chậu & cung gân – Endopelvic fascia & arcus tendineus (ATLA/ATFP) 32
1.5 Thể đáy chậu & mốc giải phẫu – Perineal body & surface landmarks 36
1.6 Liên hệ hông – cột sống thắt lưng – Lumbopelvic relationships 39
1.7 Hộp kiến thức: mốc siêu âm tầng sinh môn – Perineal ultrasound (US) landmarks 41
Chương 2 Sinh lý & cơ sinh học 45
2.1 Trục áp lực ổ bụng (IAP) – Intra – abdominal pressure mechanics 46
2.2 Phối hợp cơ hoành – TrA – PFM – Diaphragm – Transversus abdominis – Pelvic floor synergy 49
2.3 Cơ chế kiểm soát tiểu/đại tiện – Continence mechanisms (urinary & fecal) 51
2.4 Truyền tải lực & ổn định thân – Load transfer & trunk stability 55
2.5 Hô hấp, tư thế & vận động chức năng – Breathing, posture &

functional movement..... 59
Chương 3 Thần kinh & mạch máu – Neurovascular anatomy..... 63
3.1 Dây TK thẹn & đám rối cùng – Pudendal nerve & sacral plexus...63
3.2 Phân nhánh & vùng chi phối – Branches & innervation fields..... 64
3.3 Mạch máu chính & biến thể – Vascular supply & variants..... 64
3.4 Cơ chế kẹt chèn thần kinh – Entrapment mechanisms..... 65
3.5 Hộp lâm sàng: test gợi ý tổn thương TK – Clinical pearls: nerve tests..... 66
Chương 4 Sinh học mô liên kết & thích nghi tải – Connective tissue biology & load adaptation..... 68
4.1 Collagen, elastin & ma trận ngoại bào – Collagen, elastin & extracellular matrix (ECM).....68
4.2 Nội tiết & thai kỳ – Hormonal effects & pregnancy.....70
4.3 Tuổi hoá & giảm estrogen – Aging & hypoestrogenism..... 71
4.4 Hồi phục mô & nguyên tắc tải – Tissue healing & loading principles.....71
Chương 5 Vòng đời và khác biệt giới – Lifespan & sex/identity considerations..... 74
5.1 Nhi & dậy thì – Pediatrics & adolescence..... 74
5.2 Thai kỳ & hậu sản – Pregnancy & postpartum.....77
5.3 Tiền/mãn kinh – Peri/menopause..... 81
5.4 Nam giới & người cao tuổi – Male pelvis & older adults..... 85
5.5 Lưu ý chăm sóc khẳng định giới – Gender affirming care considerations..... 90
PHẦN II ĐÁNH GIÁ – ASSESSMENT..... 95
Chương 6 Khai thác bệnh sử và sàng lọc ban đầu.....101
6.1 Khai thác bệnh sử chi tiết theo hệ thống.....101
6.2 Đánh giá tác động lên cuộc sống và kỳ vọng của bệnh nhân..... 101
6.3 Khai thác yếu tố nguy cơ và cơ chế góp phần bệnh sinh.....102
6.4 Sàng lọc và nhận biết các dấu hiệu “cờ đỏ”..... 102
6.5 Sử dụng các công cụ đánh giá: bảng câu hỏi chuẩn hóa và nhật ký

triệu chứng..... 103
Chương 7 Khám lâm sàng sàn chậu..... 106
7.1 Quan sát và tư thế..... 106
7.2 Sờ nắn ngoài và sơ đồ mặt đồng hồ..... 106
7.3 Khám trong có đồng thuận..... 107
7.4 Trương lực, đau và phối hợp..... 107
7.5 Thang Oxford và phương pháp PERFECT..... 108
Chương 8 Công cụ đo lường khách quan..... 109
8.1 sEMG và phản hồi sinh học chẩn đoán..... 109
8.2 Manometry và perineometer..... 109
8.3 Siêu âm tầng sinh môn..... 109
8.4 POP – Q và lượng hóa sa tạng..... 110
8.5 Độ tin cậy và độ giá trị..... 110
Chương 9 Phân loại rối loạn và chẩn đoán phân biệt..... 112
9.1 Phân loại rối loạn tiết niệu..... 112
9.2 Sa tạng chậu và phân giai đoạn..... 112
9.3 Đau vùng chậu mạn và đau thần kinh thẹn..... 112
9.4 Rối loạn tiêu hóa chức năng..... 113
Lời kết Phần II Đánh giá..... 114
PHẦN III CAN THIỆP..... 115
Chương 10 Giáo dục, hành vi & lối sống – Education, behavior & lifestyle..... 120
10.1 Nhật ký bàng quang/ruột & chiến lược dịch nhập – Diaries & fluid strategies..... 120
10.2 Caffeine, rượu, táo bón – Caffeine, alcohol, constipation..... 121
10.3 Vệ sinh tiểu tiện & luyện bàng quang – Bladder training basics 122
10.4 Ergonomics nâng – ho – hắt hơi – Ergonomics & The Knack intro. 123
10.5 Trở lại hoạt động thể thao – Return to sport guidance..... 124
Chương 11 Tập cơ sàn chậu (PFMT) – Pelvic floor muscle training..... 126

11.1 Đánh giá đầu vào & mục tiêu SMART – Baseline & SMART goals.....126
11.2 Thành phần: sức mạnh – sức bền – nhanh – phối hợp – Components.....127
11.3 Liều lượng & tiến triển tư thế – Dosage & positional progression...128
11.4 The Knack & tích hợp với hô hấp – The Knack & breathing integration.....129
11.5 Theo dõi tuân thủ & kết quả – Adherence & outcomes tracking130
Chương 12 Biofeedback, kích thích điện, liệu pháp tay & dụng cụ Biofeedback, e – stim, manual therapy & devices..... 132
12.1 Giao thức biofeedback EMG – EMG biofeedback protocols.....132
12.2 Tham số kích thích điện – NMES parameters..... 133
12.3 Giải phóng điểm kích hoạt & mô cân – Myofascial/trigger point techniques..... 134
12.4 Dilator, trainer & pessary cơ bản – Dilators, trainers & basic pessary..... 135
PHẦN III – CAN THIỆP..... 139
Chương 13 Điều trị theo hội chứng – Syndrome – based care plans..... 140
13.1 SUI: chương trình 12 tuần..... 140
13.2 UUI/OAB: phương pháp kết hợp hành vi và kích thích.....142
13.3 Sa tạng chậu nhẹ: điều trị bảo tồn và tập luyện..... 144
13.4 Đau vùng chậu mạn tính: tiếp cận đa mô thức..... 148
13.5 Táo bón chức năng: kế hoạch điều phối hoạt động cơ..... 153
13.6 Đau vùng đáy chậu ở nam giới và đau khi xuất tinh..... 158
Kết phần III Từ can thiệp đến duy trì..... 167
PHẦN IV BỐI CẢNH ĐẶC THÙ & ĐẠO ĐỨC – SPECIAL CONTEXTS & ETHICS.....172
Chương 14 Đường dẫn chăm sóc liên ngành và theo dõi.....189
14.1 Sơ đồ chuyển tuyến & phối hợp chuyên khoa – Referral & MDT

Maps..... 189
14.2 Theo dõi bằng PROMs/ICIQ/PFDI – Outcome Tracking with PROMs..... 191
14.3 Tiêu chí dừng trị liệu/duy trì – Stop/Maintenance Criteria.....195
14.4 Chăm sóc từ xa – Telehealth Considerations.....200
Chương 15 Bối cảnh đặc thù – Special Populations..... 204
15.1 Thai kỳ & hậu sản – Pregnancy & postpartum.....204
15.2 Vận động viên & thể thao tác động – Athletes & impact sports 209
15.3 Người cao tuổi & tình trạng dễ tổn thương (frailty) – Older adults & frailty..... 213
15.4 Bệnh nền: COPD, béo phì, rối loạn mô liên kết – Comorbidities: COPD, obesity, CTDs.....217
15.5 Lưu ý trước/sau phẫu thuật – Peri – operative pathways.....220
Chương 16 Đạo đức, văn hoá và giao tiếp nhạy cảm.....227
16.1 Đồng thuận khám nội & người hỗ trợ – Informed consent & chaperone.....227
16.2 Chăm sóc dựa trên sang chấn – Trauma – informed care.....230
16.3 Quyền riêng tư & dữ liệu – Privacy & data protection.....235
16.4 Ranh giới hành nghề & pháp lý – Scope of practice & legal notes.. 238
PHỤ LỤC LÂM SÀNG CHUẨN HÓA – STANDARDIZED CLINICAL APPENDICES..... 243
A1 Nhật ký bàng quang 3 ngày – 3 – Day Bladder Diary.....244
A2 ICIQ – UI SF, ICIQ – OAB, UDI – 6, IIQ – 7 – Bảng hỏi đánh giá tiểu không kiểm soát và OAB..... 245
A3 PFDI – 20, PFIQ – 7 – Bảng hỏi đánh giá rối loạn sàn chậu và chất lượng sống.....249
A4 Bảng POP – Q – POP – Q Worksheet – Pelvic Organ Prolapse Quantification..... 253
A5 Mẫu SOAP & mục tiêu SMART – SOAP Note & SMART Goals Sheets.....255

A6 Tờ rơi bài tập minh họa – Pelvic Floor Exercise Handouts (PFMT Guides)....260
TÀI LIỆU THAM KHẢO....267
Tài liệu tham khảo bổ sung....273
PHỤ LỤC BẢNG THUẬT NGỮ ANH – VIỆT CHUẨN HÓA TRONG SÀN CHẬU HỌC....280
MỤC LỤC....324